Niveau(x) d'enseignement: [illegible] Numéro EDRS : 0470142
Centre d'intérêt: 260

Guillemot, Jean-Paul

Etablissement d'un projet global d'éducation et d'enseignement des élèves physiquement handicapés. Annexe C. Les interventions auprès des élèves handicapés physiques / par Jean-Paul Guillemot et France Laporte (pour la) Commission des écoles catholiques de Montréal. -- Montréal : La Commission, 1979.
100 f. ; 28 cm.

"Rapport présenté à la Division des ressources et du développement. Service de l'adaptation. CECM; contrat MEQ2-79". Comprend des bibliogr. Dépouillement: Méthodes de dépistage et évaluation / Jean Phaneuf -- Modèles d'interventions multidisciplinaires / Robert Clermont -- Services offerts aux handicapés et à leurs familles / Christian Provençal -- Les bénévoles et les services communautaires dans l'école / Jean Phaneuf.

Descripteur(s): *Enfant handicapé *Handicapé physique *Dépistage *Méthode d'évaluation *Multidisciplinarité *Services aux handicapés *Travail bénévole *Organisation pédagogique *Préscolaire (Niveau) *Primaire (Niveau) *Secondaire (Niveau)

Identificateur(s) de nom: *Etats-Unis

Ce document annexé au "Rapport" rassemble quatre études sur les services offert aux enfants handicapés. La première étude présente diverses méthodes, américaines pour la plupart, utilisées pour le dépistage et l'évaluation, tant sur le plan physique que mental, des élèves handicapés. Suit un examen de diverses méthodes d'interventions multidisciplinaires expérimentés aux Etats-Unis auprès de clientèles handicapées. La troisième étude constitue un inventaire des services qui sont nécessaires aux handicapés hors du milieu scolaire, qu'il s'agisse du domaine des transports, de celui des loisirs ou de celui de l'aide à la famille. Enfin, la possibilité de recourir aux services de bénévoles à l'école pour assurer un suivi individualisé des élèves handicapés est envisagée.

Type de document: r
Notice(s) connexe(s): 0470139, 0470140, 0470141
Financement: Bénéficiaire - CECM
Organisme(s) source(s) - MEQ
Programme(s) de subvention - PARC

EDUQ 8470142

COMMISSION DES ECOLES CATHOLIQUES DE MONTREAL

ETABLISSEMENT D'UN PROJET GLOBAL D'EDUCATION ET D'ENSEIGNEMENT DES ELEVES PHYSIQUEMENT HANDICAPES

PAR

JEAN-PAUL GUILLEMOT (PH.D.)

ET

FRANCO LEPORE (PH.D.)

RAPPORT PRESENTE A LA DIVISION DES RESSOURCES ET DU DEVELOPPEMENT, SERVICE DE L'ADAPTATION, CECM
CONTRAT MEQ2-79

DECEMBRE 1979
ANNEXE C

ANNEXE C

LES INTERVENTIONS AUPRES DES ELEVES HANDICAPES PHYSIQUES

TABLE DES MATIERES

Méthodes de dépistage et évaluation. Jean Phaneuf... 1

Modèles d'interventions multidisciplinaires. Robert Clermont..... 85

Services offerts aux handicapés et à leurs familles. Christiane Provençal..... 135

Les bénévoles et les services communautaires dans l'école. Jean Phaneuf..... 160

Méthodes de dépistage

et évaluation

Introduction

Le "U.S. Office of Education" a déterminé les divisions ainsi que les pourcentages suivants pour la population des enfants et adolescents handicapés dont l'âge en 1969 se situe entre 5 et 19 ans (Pedrini, Pedrini, 1972).

	1969	1971
"Speech impaired"	3,50%	3,50%
Emotivement perturbé	2,00%	2,00%
Déficient mental	2,30%	2,30%
"Learning disabled"	1,00%	-
Malentendant	0,50%	1,20%
Sourd	0,075%	
"Crippled or health impaired"	0,50%	0,50%
"Visually impaired"	0,10%	0,10%
Handicapé multiple	0,06%	-
"Brain injured"	-	1,0%

Sower et Covert (1975) rapportent que le pourcentage d'handicapés d'âge scolaire pour l'année 1971-1972 était de 10,6%, alors qu'il était de 10,04% en 1969. Sower et Covert (1975) indiquent que le dépistage chez les enfants d'âge scolaire, spécialement pour la population des moins de 4 ans, est difficilement réalisable pour certains handicaps. Ces derniers soulèvent le fait que les cas de déficiences mentales légères, certains types de perturbations émotionnelles et la plupart des problèmes d'apprentissage ne peuvent être identifiés avant

l'âge de six ans. Les problèmes de parole sont très communs chez le pré-scolaire, le dépistage de ceux qui requiéreront des services à l'école soulève des problèmes qui souvent ne peuvent être résolus que par un professionnel. De même certains problèmes ne deviennent apparents que lors de l'apprentissage scolaire, tel que certains problèmes, Visuels et auditifs, ainsi que la déficience mentale légère.

Pediini et Pedrini (1972) indiquent que les tests psychologiques pour les enfants handicapés du niveau élémentaire ont été principalement développés dans les domaines suivants: l'intelligence, la personnalité, l'"achievement", l'ajustement social et la maturité. De plus, ces derniers ainsi que Jones (1972) soulèvent le fait que l'évaluation et le testing qui amènent la classification de l'enfant dans une des nombreuses catégories de déficits devraient être axés sur l'aide à l'enfant au niveau de son développement, des mesures correctives, du traitement somme toute; et non pas en ayant comme finalité la classification.

Position du problème

Il est habituellement admis que les tests traditionnels sont inadéquats lorsqu'il s'agit d'évaluer les enfants; puisqu'ils ne sont pas suffisamment sensibles, dignes de confiance et valide pour permettre l'évaluation d'un individu. De plus, la décision qui découle des résultats est trop importante et trop souvent irréversible pour permettre l'orientation

adéquate d'un individu. Pour ceux qui rejettent l'utilisation de ces tests, il semble y avoir deux alternatives possibles. Ces alternatives se rattachent au concept de l'enseignement diagnostic/prescription. Chaque option met de l'avant l'évaluation des forces et des faiblesses de l'apprenant; la différence entre les deux options réside dans l'approche favorisée pour accomplir l'évaluation.

La première approche, considère que les concepts molaires tels, le QI, l'âge mental et l'âge développemental peuvent être fragmentés et évalués comme étant des habiletés et des incapacités fondamentales de l'enfant. Ces facultés nouvellement identifiées (ou inventées?) ont des noms qui incluent le Système perceptuel-cognitif, la Constance de forme, l'association visuelle, etc... Les limites de cette approche "Ability assessment and training" ont été présentées dans la littérature (Bersoff, Kabler, Fiscus et Ankey, 1972; Cohen, 1969, 1970; Hammill, 1972; Mann, 1969, 1970, 1971; Salvia et Clarke, 1973; Ysseldyke, Salvia, 1974). Les limites qui situent cette approche dans le domaine de l'expérimentation n'ont eu que peu d'effets sur sa fréquence d'utilisation.

La seconde approche, appelée le modèle d'analyse de tâches par Ysseldyke et Salvia (1974), est de nature comportementale.

Le principal but de l'évaluation dans cette approche

est de découvrir ce que l'enfant est ou n'est pas en mesure d'exécuter en fonction des objectifs généraux du Système éducationnel. Lorsque ces forces et faiblesses sont connues, des stratégies éducatives sont choisies dans le but d'accélérer l'acquisition des apprentissages déficients.

Nonobstant ces différences, il demeure que les données recueillies par n'importe quelle des deux méthodes sont appropriées au processus de la prise de décision, en autant que la valeur de chaque ensemble de données soit gardée en vue. Une approche systématique d'évaluation, qui tienne compte des limites des diverses méthodes existantes, doit être développée. Un tel système devrait avoir un champ d'application vaste, et, prendre en considération toutes les variables d'évaluation pertinentes.

Le système présenté, "A System approach for the assessment of the child and his environment" a la caractéristique de posséder un vaste champ d'application. Le terme environnement dans le titre implique que l'évaluation doit considérer à la fois les données pertinentes à l'enfant et les données concernant le milieu dans lequel ce dernier évolue ou sera appelé à évoluer.

Principes permettant une prise de décision

Toutes les méthodes d'évaluation sont utilisées pour estimer le statut de l'individu ou la situation en processus

d'évaluation. Idéalement, la méthode qui fournit la meilleure estimation du statut est celle qui permet de soulever une question spécifique pour un point d'évaluation spécifique. Cependant, il est rare que l'évaluation s'effectue en conditions idéales.

Sur quel critère doit-on prendre la décision? Trois questions sont à considérer à ce moment. 1. Quelle importance doit-on accorder à la compétence de l'individu en rapport avec la variable à être évaluée? 2. Quelle doit être la précision de l'évaluation? Et à quel moment considérons-nous le critère d'évaluation comme étant suffisamment précis? 3. Combien de temps, d'énergie et d'argent, peuvent être consacrés à la cueillette de données?

L'importance de la variable

Il est vrai que certaines variables sont plus importantes que d'autres. Par exemple, au niveau secondaire les variables considérées comme cruciales sont les habiletée en mathématiques et/ou en lecture, les éducateurs considèrent ces dernières comme ayant une plus grande importance que l'habileté à écrire. Les habiletés à compter et à lire sont considérées par les professionnels comme étant plus importantes pour l'enfant et son avenir sur le marché du travail. Ainsi, plus une variable est importante, plus l'estimation de celle-ci doit être précise, et plus de tems, d'énergie et d'efforts seront consacrés à la cueillette de données pour permettre

l'évaluation.

La précision de l'évaluation

Malgré le fait que l'évaluation d'une variable est importante, il demeure que lorsque des questions couvrant un large champ sont énoncées, l'on obtient qu'un échantillon limité du répertoire comportemental de l'enfant ou d'autres événements de l'entourage présentant un intérêt pour l'évaluation en cours.

Puisqu'en théorie, l'on pourrait évaluer de manière exhaustive une variable donnée, les facteurs, temps, argent, énergie requise, rendraient le processus trop lourd; et une telle évaluation doit être évitée durant les premières étapes d'un processus d'évaluation. Ceci, ne signifie pas que l'évaluateur doit délaisser une méthode d'évaluation appropriée, ni éviter la cueillette de données à long terme.

Le temps, l'argent et l'effort

Trop souvent ces trois facteurs requis par les diverses méthodes d'évaluation deviennent les facteurs prédominants dans le choix de la méthode.

Les variables importantes dans le processus d'évaluation

Un évaluateur doit être sensibilisé à trois variables, sur lesquelles souvent reposent ses décisions. La première variable considère les caractéristiques de l'enfant

et son environnement qui ont un rapport avec son bien-être futur. La seconde, les ressources disponibles pouvant être utilisées comme support durant le processus d'évaluation, et finalement, les méthodes d'évaluation existantes pouvant être utilisées pour aider à étudier les attributs de l'enfant et de son environnement.

Les qualités (attributs) pertinentes

Malgré le fait qu'il n'existe aucune hiérarchie d'habiletés reconnue par tous, il demeure que l'évaluateur doit faire plus que simplement recueillir un ensemble d'estimés qui n'ont aucune séquence logique, et qui ne peuvent être interprétés de manière à former un tout.

Les ressources disponibles

Il y a au moins 5 types de ressources auxquelles peut recourrir l'évaluateur pour faciliter la cueillette d'information:

a) les individus au sein de l'école (anciens professeurs, le psychologue de l'école, les pairs).
b) les parents, frères et soeurs, et l'enfant lui-même.
c) les agences communautaires.
d) les professionnels (médecin de famille, psychiatre, otologiste).
e) la littérature.

Dans certains cas, la ressource peut réunir des données pour l'évaluateur (ex: psychologue scolaire); dans d'autres cas, la ressource apporte sa collaboration pour plus de données (ex: famille); finalement, certaines ressources fournissent l'information qui peut entraîner l'amélioration de sa stratégie d'évaluation (littérature).

Les méthodes d'évaluation

Sept méthodes peuvent être utilisées par l'évaluateur pour recueillir de l'information sur un enfant et la situation:

1. l'inspection de données recueillies antérieurement: consiste en l'examen des données contenues dans le dossier de l'enfant;

2. La consultation informelle: peut être utilisée avec des ressources qui connaissent des éléments d'informations que l'évaluateur ignore;

3. L'entrevue structurée;

4. Les moyens de dépistage: sous la forme de questionnaires, d'échelles de rapport, d'inventaires; la précision de l'estimé varie en fonction de la capacité à répondre adéquatement de la part du répondant;

5. Les tests standardisés;

6. Les tests non-standardisés: non normatif et développés par des gens ayant peu de compétence dans la construction des tests;

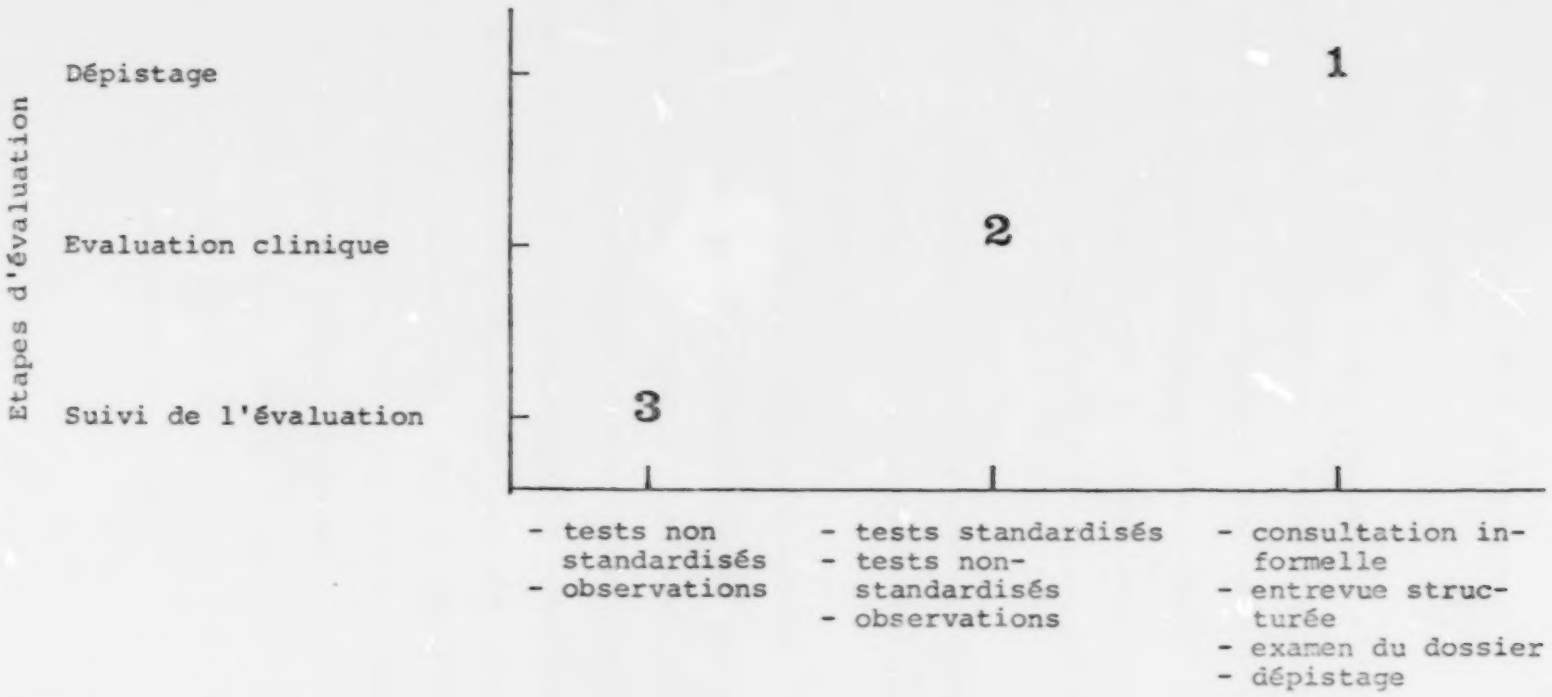


Fig. 1 - Schéma permettant de déterminer la qualité des données recueillies durant l'évaluation de l'enfant et de son environnement.

7. L'observation: fait référence à la cueillette de données, en milieu naturel.

Au fur et à mesure que l'évaluation progresse, l'évaluateur peut utiliser des méthodes moins rigoureuses dans le but de recueillir de l'information dans laquelle il pourra accorder un taux de confiance relativement élevé.

1. L'information peut s'avérer inexacte, et elle ne permet que l'énoncé de conclusions provisoires au niveau des attributs;

2. L'information est relativement précise, et permet l'énoncé de conclusions assez précises concernant les attributs et les habiletés manifestes;

3. L'information est hautement précise, et permet l'énoncé de conclusions plutôt précises en ce qui a trait à l'ensemble des habiletés de l'enfant. Les niveaux de qualité recoupent donc les trois étapes du processus d'évaluation. N'importe quel niveau de qualité peut être atteint durant l'une des étapes de l'évaluation, malgré le fait que chaque étape se caractérise par un niveau particulier de qualité. Aucune revendication est faite en ce qui a trait à la supériorité d'un niveau de qualité par rapport à un autre. Plutôt chaque niveau d'information doit être évalué en fonction de la motivation sous-jacente à son acquisition, aussi bien, qu'en fonction de l'usage que l'on compte en faire.

Le dépistage

L'information recueillie durant cette étape, vise à connaître les opinions des gens qui ont déjà connu l'enfant et son travail, et a recueilli des évidences qui guideront les décisions à prendre concernant l'évaluation. Le dépistage fournit à l'évaluateur a) un aperçu des individus avec lesquels l'enfant a déjà été en contact, b) de l'information, qui lui permet d'énoncer des hypothèses concernant les attributs qui semblent exiger une amélioration, ainsi que les points forts de l'enfant. Il est à noter qu'une évaluation clinique doit suivre, dans le but d'appuyer ou rejeter les hypothèses énoncées.

L'évaluation clinique

La principale fonction de l'évaluation clinique est d'estimer le statut des attributs qui ont été identifiés comme forces et faiblesses. Les habiletés manifestes sous-jacentes à ces attributs sont évaluées durant cette phase.

L'analyse des résultats de cette évaluation s'effectue en tenant compte de toute l'information disponible en incluant l'information obtenue lors du dépistage. Deux types de résultats ressortent de cette évaluation: soit, une plus grande confiance peut être mise face à la liste revisée des forces et faiblesses de l'enfant. Une information importante est recueillie en ce qui a trait aux habiletés manifestes de l'enfant. De telles évidences amènent l'évaluation à poser

des hypothèses plus spécifiques en ce qui a trait aux habiletés à être testées durant l'étape du suivi.

Le suivi de l'évaluation

Le but principal de cette étape est d'estimer le statut des habiletés potentiellement identifiées en tant que forces et faiblesses à la fin de cette étape. Il est important à ce stade que le niveau fonctionnel le plus bas soit établi afin d'éviter que l'enseignement ne débute au-delà d'une attente raisonnable du potentiel réel des habiletés de l'enfant.

Ainsi, ce modèle permet de tirer la multitude des attributs, des habiletés en forces et faiblesses au niveau de l'enfant et de son environnement (Eaves, McLaughlin, 1977).

Le diagnostic dans un contexte de mainstreaming (classe ressource)

Le diagnostic a deux utilités de base: la première, est de placer l'enfant dans un programme approprié lorsqu'il entre en classe ressource.

La seconde, est d'aider le professeur qui a référé l'enfant pour une évaluation à déterminer les besoins de l'enfant, pour les services spéciaux, ou pour permettre une planification appropriée d'un programme pour l'élève dans la classe.

L'instrument de diagnostic doit rencontrer trois

Tableau 1

Test	But et description
Lecture	
Roswell-chall Diagnostic Reading test	Fournit une analyse rapide des habiletés phoniques spécifiques
Mathématiques	
Elementary Level diagnostic Arithmetic test (Carmine & Silbert)	Mesure les habiletés spécifiques et la connaissance de concepts spécifiques en mathématiques
Langage	
Basic Concept Inventory (Englemann)	Permet une analyse par item de certains concepts spécifiques au langage
Comportementaux	
Walker Problem Behavior Identification Checklist	Donne un profil d'analyse pour cinq domaines de comportement

exigences:

1° - Il doit donner une information spécifique sur le genre d'enseignement que requiert l'enfant;

2° - Il doit donner le plus d'information possible et ce dans les délais les plus courts possibles;

3° - Il doit être approprié. Par exemple, encercler des lettres n'est pas directement relié à ce que l'enfant exécute lorsqu'il fait une lecture orale.

Le tableau 1 montre en exemple une énumération sommaire de tests et leur but.

Les instruments psychométriques

Les tests psychologiques

Il semble que le "Peabody Picture Vocabulary Test" (P.P.V.T.) et le "Stanford-Binet Intelligence Scale" (S.B.) sont des instruments utiles pour évaluer les habiletés intellectuelles des enfants normaux ($\bar{X}$ âge: 4.08 ans) et des enfants paralysés cérébraux (étendue âge: 2 ans 4 mois à 5 ans 8 mois, $\bar{X}$ = 4.19 ans). Il demeure que les limites de ces tests (sur une population de la région de San Diego, Calif.) doivent être reconnues, tel le P.P.V.T. Pour les enfants de la minorité ethnique, Sattler et Anderson (1977) recommandent l'utilisation du S.B. en autant que l'handicap de l'enfant n'intervient pas dans l'habileté à répondre aux questions. Cependant, lorsque des difficultés au niveau de la parole ou moteur empêchent l'administration de la forme standard du S.B., d'autres

tests, tel le P.P.V.T. et le S.B. modifiés (test non verbaux; réponse oui/non) peuvent être considérés.

Nicholson (1970) a effectué les corrélations pour trois instruments, le "Columbia Mental Maturity Scale" (CMMS), le "Peabody Picture Vocabulary Test" (P.P.V.T.) et le "Raven Coloured Progressive Matrices" (R.C.P.M.), pour une population de paralysés cérébraux (38, $\bar{X}$ âge = 12.5 ans), ces tests semblent remplir les pré-requis au niveau de l'administration pour l'administration de tests puisqu'ils requièrent des réponses simples à des problèmes à choix multiple. L'utilisation de tests chronométrés, et ou reposant sur des réponses verbales ou motrices ne peuvent être utilisés avec une telle population, puisque les normes de ce genre d'instruments n'incluent pas l'évaluation de l'intellect chez ces enfants. La moyenne des QI obtenus sur le PPVT est d'environ 20 points supérieur au QI moyen obtenu pour le CMMS et le RCPM qui étaient à peu de chose près égaux. Les tests CMMS et RCPM impliquent la perception visuelle, la pensée abstraite et le cognitif. Le PPVT mesure des habiletés plus "concrètes" que les deux autres, alors que le RCPM est plus "abstrait" tandis que le CMMS contient à la fois des items concrets et abstraits (évalue par exemple la formation de concepts).

Keogh (1968) a considéré l'utilisation du Bender Gestalt, qui est un test projectif de personnalité ou un test pour évaluer la présence de dommages cervicaux chez les

adultes. Lorsqu'utilisé avec des enfants, le Bender semble être valide pour la mesure, de la maturité visuo-motrice, des affaiblissements neurologiques, de la préparation de l'enfant à aller à l'école, ainsi que les facteurs de croissances pertinents aux aptitudes, et à la performance au niveau scolaire. Le Bender semble être approprié pour l'évaluation de la maturité visuo-motrice chez les enfants âgés de 5 à 9 ans, et l'usage du Bender ne peut avoir qu'un usage limité chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Au niveau scolaire le Bender est souvent utilisé pour le dépistage et le placement des étudiants. Comme il a été mentionné plus haut le Bender semble être valide pour la mesure, des facteurs de croissance pertinents aux aptitudes et à la performance au niveau scolaire, plusieurs auteurs ont rapporté des corrélations significatives entre les résultats des enfants de niveau maternelle au début de la première année et la performance en lecture en premiere année. Thweatt's (1963) considère que la validité de prédiction du Bender pour la performance de lecture au niveau élémentaire est bonne. De plus, la performance du Bender est plus stable pour les filles que pour les garçons au niveau des classes allant de la première à la sixième. De plus, le Bender peut être particulièrement utile pour identifier tôt les enfants les plus susceptibles d'obtenir une performance supérieure en milieu scolaire organisé.

Le développement mental

Banham (1972) a étudié le développement mental, chez des enfants "Retarded cerebral Palsied" (102 enfants, âge moyen à l'admission 19 mois) à un intervalle de six mois, le "Cattell infant Intelligence Scale", le "Stanford-Binet Intelligence Scale" forme L-M, et le "Quick Screening Scale of Mental Development" ont été utilisé. De plus 39 enfants furent réévalués annuellement avec le "Vineland Social Maturité Scale" (V.S.M.). Le V.S.M. comprend 117 items groupés en niveau d'âge; 8 catégories de comportements sociaux sont rapportés par Doll (1953). Ces catégories représentent "general self-help" (self-help sera traduit par autonomie), autonomie pour manger, autonomie pour se vêtir, autonomie pour se diriger, occupation, communication, locomotion et socialisation. Un score de Quotient Social est calculé pour ces catégories (Drasner et al., 1976).

A l'admission, le QI moyen de ces enfants au Cattell est de 58.6 (σ = 25.9), le QI moyen après 4 retests a diminué de 1.4 point, le quotient Social (QS) moyen sur le Vineland a montré une diminution plus importante soi 17.6 points QS (σ = 21.2) alors que le résultat moyen à l'admission était de 70.3 QS (σ = 20.0). Le QS moyen lors du retest a un degré de correspondance plus grand avec le QI moyen du Cattell des enfants que le QS moyen à l'admission.

Le QI moyen des mêmes 39 enfants à l'admission était de 53.1 (σ = 19.0), la diminution est 0.5 points QI lors du retest (σ = 10.1). 61 enfants ayant un QI moyen de 53.1 au Cattell furent retestés sur le "Quick Screening Scale of Mental Development". Le Quotient de développement (QD) moyen pour ces enfants est alors de 46.6 (σ = 18.5) après 12 mois, ces enfants ont montré une augmentation QD moyen de 4.3 points (σ = 10.1).

La légère diminution du QD moyen, lorsque comparé avec le QI moyen (pratiquement inchangé), peut être attribué au fait que le "Quick Screening" comprend l'évaluation de facteurs motivationnels, tel l'attention, l'intérêt, aussi bien que des éléments de tests d'intelligence, parole, langage, coordination oeil/main. L'analyse des profils de ce test, a montré que les "retarded C.P." ont développé leur capacité d'écoute, les nombres, et des intérêts de jeu et moins de progrès dans le contrôle corporel et la manipulation.

La comparaison des résultats au premier et dernier test pour les trois échelles indique que le QI obtenu à l'aide du Cattell et du Stanford-Binet on un r = 0.88. Le Q.D. au "Quick Screening" égale un r de 0.79, alors que le quotient Social du Vineland pour la mesure du progrès chez ces enfants n'est que r = 0.33. Anastasi (1968) a rapporté une faible corrélation entre le V.S.M. et le Stanford-Binet.

Dans le but d'aider à l'évaluation psycholgique d'enfants C.P. d'un programme de réhabilitation, Banham (1972) a établi une échelle d'évaluation du niveau d'activité chez les "retarded C.P.". Deux formes ont été développées: la première vise une population d'un âge inférieur à 2 ans, la seconde pour les enfants de 2 et 5 ans. L'évaluation est faite par deux psycholgues sur 56 enfants "retarded" et 12 enfants C.P. normaux, durant ou suite à une période (45 à 60 minutes) de testing individuel où des tests Standards d'intelligence ont été utilisés. De même, 20 enfants normaux furent évalués par un assistant dans les laboratoires de l'Université de Duke. Chaque forme comprend 10 catégories d'activités ayant une échelle d'évaluation en 5 points, le maximum de points pour le test est de 50. Les catégories utilisées sont les suivantes: 1) activité corporelle, 2) concentration de l'attention, 3) comportements d'exploration, 4) activité de réponse sociale, 5) vocalisation et parole, 6) activités d'évitement, 7) les sourires et le rire, 8) les pleurs et gémissements de détresse, 9) les efforts continus, 10) agressivité, résistance obstinée. L'accord inter-juge pour l'évaluation est $r = 0.98$.

Les comparaisons ont été effectuées entre les scores obtenus à l'échelle d'activité et les QI ou QD obtenus avec le Cattell, le Stanford-Binet (forme L-M) et le "Quick Screening". De même, les profils de scores des 10 catégories d'activités sont comparés pour les deux groupes d'âge d'enfants et d'enfants

d'âge pré-scolaire, les enfants C.P. et les normaux.

Le score global de l'échelle d'activités, montre que l'activité comportementale générale se stabilise pour les "retarded C.P." après l'âge de 30 mois. Les C.P. normaux et les enfants non-handicapés montrent une stabilité dans l'évaluation totale des activités de ces derniers et pour tous les groupes d'âge.

Les corrélations entre le score global d'activités et le Cattell (QS) pour les "retarded C.P." d'âge inférieur à 30 mois est de +0.62 et plus, les plus que 30 mois le N = 0.57. Les corrélations entre le score global d'activité et le Q.D. du "Quick Screening" est de +0.50 pour les enfants âgés de moins de 30 mois et de +0.58 pour le groupe âgé de plus de 30 mois. Aucune corrélation positive n'a été trouvée entre le niveau d'activité et les autres tests chez les enfants non-handicapés et les enfants C.P. normaux.

Ajustement social et émotif

Suite à ces deux études, Banham (1973) a conçu des échelles destinées à mesurer l'ajustement social et émotif du comportement d'enfants âgés de moins de 2 ans ainsi que d'enfants d'âge pré-scolaire. Les échelles sont basées sur le principe des listes de pointage (Max, 100 points). Les résultats obtenus sont comparés pour les enfants C.P. (37 sujets, âge: 18 à 60 mois) et les enfants non-handicapés (47 enfants);

en plus, les résultats sont comparés en prenant en considération l'âge et l'intelligence à l'intérieur des groupes.

Les résultats sur les échelles ont montré une fluctuation plus grande entre les groupes d'enfants non-handicapés (53.5 à 81.8) que pour les groupes C.P. (68.3 à 79.6). Les résultats sur les deux échelles, social et émotif, ont une corrélation positive entre elles pour tous les groupes considérés dans cette étude, ce qui indique l'interdépendance des ajustements sociaux et émotifs dans le comportement. A l'intérieur des groupes C.P., il y a une corrélation positive des scores avec l'intelligence (QI). Ces résultats plus le haut degré de corrélation avec les évaluations des enseignants suggèrent que les échelles mesurent l'ajustement et qu'elles peuvent être utilisées dans le but d'évaluer les progrès dans l'ajustement social et émotif des enfants âgés de moins de 6 ans.

Krasner, Silverstein (1976) se sont intéressés à la corrélation pouvant exister entre les échelles du Gesell, du V.S.M. et du"Pre-School Attainment Record" (P.A.R.). Pour ce 27 enfants C.P. handicapés multiples dont l'âge varie entre 1 an 4 mois et 4 ans 11 mois ont été étudiés (moyenne d'âge: 3 ans 4 mois). Il est à noter que le P.A.R. découle du test V.S.M..

L'information recueillie à l'aide du P.A.R. repose

sur les observations des professeurs, plutôt que sur les entrevues avec les parents. Ce test est divisé en trois catégories et huit sous-échelles. Ces catégories et sous-échelles sont: physique (manipulation, locomotion), social (communication, responsabilité "rapport") et intellectuel (information, créativité, idéatoire). Ces huit échelles donnent un score d'"atteinment age" (âge de réalisation) qui découle de l'observation des interactions normales de l'enfant handicapé dans sa classe. Ce test fournit donc un quotient de réalisation (A.Q.) Ainsi le P.A.R. et le V.S.M. mesurent le construit de maturité sociale.

Le "Gesell Developmental Schedules" fut utilisé dans cette étude dans le but de correler les échelles de développement à une mesure de Q.I. Le Gesell comprend 4 échelles de base, toutes contiennent leur propre quotient de développement. Les quatre échelles sont: motricité, adaptation, langage et personnel-social. Le Gesell et le V.S.M. sont administré individuellement à chaque enfant par un psychologue. Pour l'administration du V.S.M., un parent est présent, de plus le P.A.R. fut administré par six enseignants.

Des coefficients de corrélation significatif ont été obtenus pour les trois tests. Gesell et V.S.M. $r = 0.97$, P.A.R. et V.S.M. $r = 0.88$, Gesell et P.A.R. $r = 0.86$. Les résultats de cette étude suggèrent que le P.A.R. peut être utilisé comme outil l'évaluation chez les C.P. multi-handicapés. De même le

P.A.R. pourrait remplacer le V.S.M., ce dernier étant plus difficile à administrer, en plus, le P.A.R. peut être un instrument pratique pour prédire les scores aux tests d'intelligence. Krasner et Silverstein (1976) rapportent une revue de littérature effectuée par McCall, Hogarty et Hurbbart (1972) sur une population en clinique (clinical populations). Cette étude montre que les échelles de développement pour enfants ont une validité de pronostic plus grande au niveau des aptitudes académiques, pour la population clinique que pour la population normale.

Hartlage (1972) a étudié une population cible d'enfants, émotivement perturbés, "Minimal brain Injured" ou ayant des problèmes d'apprentissages spécifiques; et ce sur leurs performances au niveau académique, comportemental et psychologique. Les différentes mesures ont été effectuées à l'aide du Wechsler, du Wisc du Raven, de tests de lecture, d'arithmétique et finalement à l'aide du Bender Gestalt. Les résultats psychométriques n'ont pas montré que les tests utilisés étaient efficaces pour effectuer une distinction entre les groupes d'enfants.

Cependant, ce qui ressort de cette étude est le fait que les professeurs ayant référés les enfants pour fins d'évaluation, étaient en mesure de fournir des données, qui en elles-mêmes étaient les plus forts prédicteurs pour une classification diagnostique subséquente. Hartlage considère donc qu'il puisse

Tableau 2

IQ Estimate

Columbia Mental Maturity test (I)

Slossom intelligence test, (I)

Rutger's Drawing Test, form A (I ou G)

Developmental tasks from the Gesell, (I ou G)

Visual Discrimination and memory

Visual Matching Test from Stanford-Binet (I)

Visual Memory Scale (I)

Receptive Language

Peabody Picture Vocabulary test, (I)

Picture Vocabulary from Stanford-Binet (I)

Informal observation of directing following (I ou G)

Expressive Language

Defining words from the Wisc (I)

Telling a Story (I)

Recounting what is going in a stimulating picture from a book or magazine (I ou G)

Dinner language

Columbia Mental Maturity Test (I)

Observation of play activities (I ou G)

être sensé pour le psychologue scolaire de considérer l'information fournie par le référant, en tant qu'information de base pour le diagnostic, avec comme étape finale l'évaluation psychologique formelle. Il suggère donc, que de telles données peuvent contenir une information ayant une certaine valeur au niveau de l'évaluation de certains types d'handicaps d'apprentissage.

Carroll (1976) préconise l'utilisation de certains tests, lorsqu'il s'agit d'effectuer un dépistage au niveau d'une population d'âge pré-scolaire; il est à noter que les lettres I et G à la suite du nom des tests (voir tableau 2) indiquent le mode d'administration du test à savoir, individuel ou en groupe. De plus, il considère que l'évaluation de ces enfants devrait couvrir n'importe lequel des domaines suivants: l'intelligence (QI), la discrimination et la mémoire visuelle, le langage "expressive" et "réceptive", la mémoire auditive, l'attention, les comportements moteurs ("gross"), la coordination motrice fine, ainsi que le comportement social.

Pour une description plus exhaustive des différents tests pour fin de diagnostic des handicapés voir l'appendice A.

Processus d'identification des handicapés d'âge pré-scolaire

Définition et rationnel

Le Comprehensive Identification Process (C.I.P.) est une processus permettant la localisation, le dépistage et

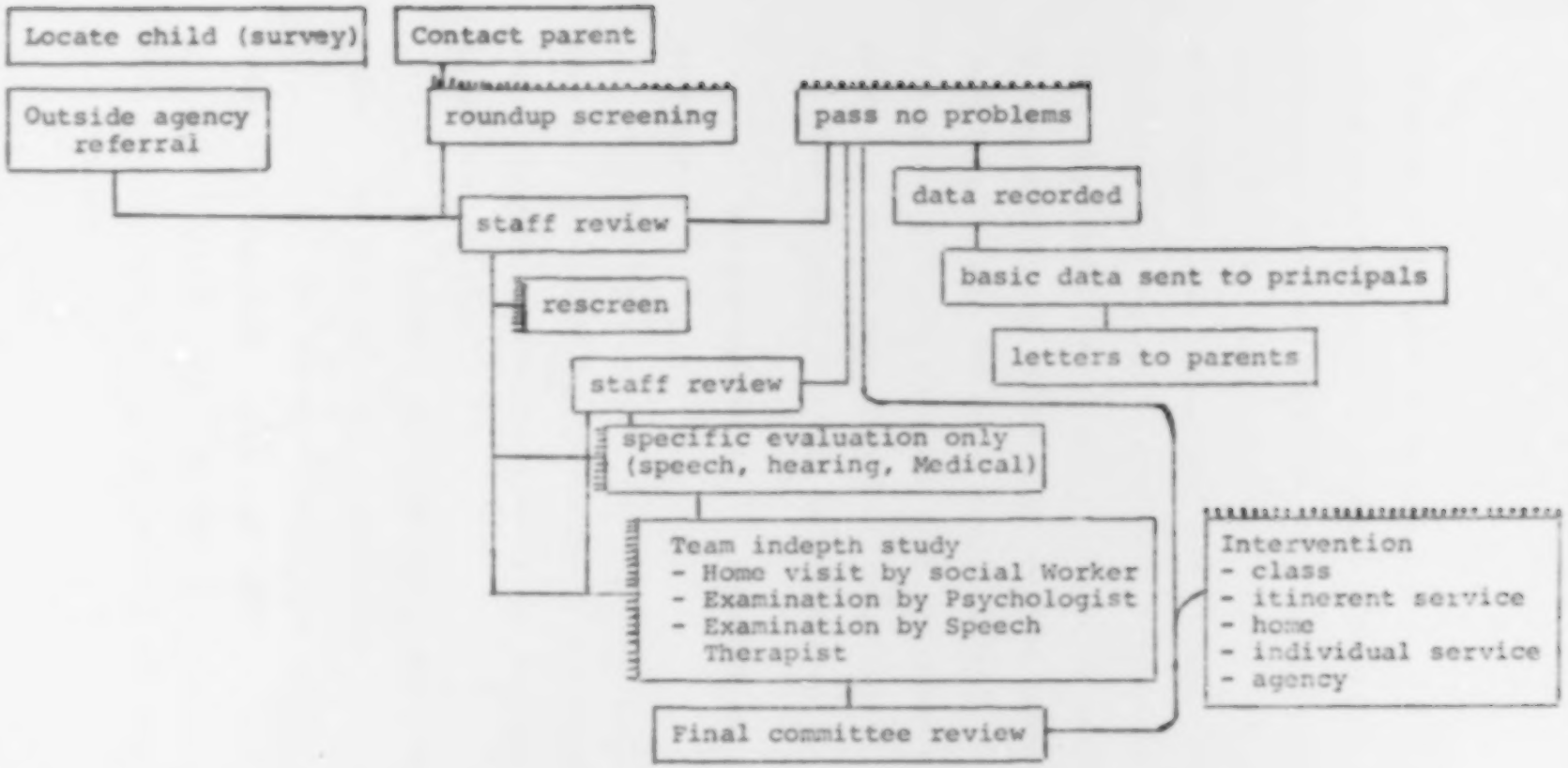


Fig. 2 - Processus de dépistage du C.I.P.

l'évaluation du jeune handicapé âgé de 3 à 5 ans. La localisation fait référence à trouver l'enfant qui est éligible au dépistage, habituellement un enfant est localisé lorsque l'on connait son nom, le nom de ses parents, leur adresse et numéro de téléphone. Le "dépistage" est l'étape initiale ou l'on détermine si l'enfant se développe normalement, ou s'il manifeste des comportements qui suggèrent de pousser plus avant le diagnostic pour vérifier le problème présent ou à venir. Le diagnostic est une étude complète de l'enfant qui vise à déterminer s'il est éligible à un programme d'intervention. Ainsi, un enfant doit être localisé, dépisté, et avant qu'il ne puisse accéder au niveau de l'intervention.

Les procédures du CIP reposent sur les conceptions suivantes:

1 - Le processus doit être dirigé vers l'identification des enfants d'âge pré-scolaire, qui requièrent une intervention spéciale afin d'arriver à une croissance maximale dans le milieu scolaire;

2 - L'identification rapide des problèmes est cruciale si on veut prévenir ou minimiser leur impact;

3 - Des termes à portée non négative, tel que "préparer l'enfant pour l'école" est préférable à une étiquette qui peut simplifier et être imprécise. Les parents sont informés uniquement lorsqu'un handicap est clairement identifié, et pas avant;

4 - Le C.I.P. doit être dirigé vers le traitement et l'amélioration plutôt que vers une seule forme d'identification. Puisque c'est à ce moment (enfants d'âge scolaire) que le traitement est le plus important.

5 - Le processus doit couvrir plusieurs dimensions - physique, sociale, intellectuelle, émotive - pour s'assurer que tous les aspects sont considérés;

6 - Le processus doit être flexible et permettre la revision;

7 - Plus de ressources doivent être consacrées au traitement, comparativement au dépistage et au diagnostic.

Le modèle C.I.P.

D'autres approches que la référence par les médecins et agences doivent être développées et implantées pour localiser les enfants.

La localisation de l'enfant

Avant même de débuter,cette étape nécessite un haut degré de planification. Le thème "A program for School Registration" est préférable à "A program for handicapped children" pour plusieurs raisons, dont le fait que les discussions avec les parents peuvent se centrer sur les besoins de développement de l'enfant plutôt que sur les aspects plus négatifs de l'handicap ou problème. D'ailleurs la première approche a entraîné de 2 à 3 fois plus de cas référé que l'approche axée sur l'handicap.

Ainsi des techniques positives en ce qui concerne l'approche des parents sont à favoriser. Une des techniques qui s'est avérée des plus efficace est la méthode du "Survey" par téléphone, les autres techniques utilisées furent, les lettres à la poste, "open house", les médias (radio, télévision, journeaux). Zehrbach (1975) considère que 85 à 100% des enfants d'âge pré-scolaire doivent être recrutés, et qu'ainsi les commissions scolaires doivent éventuellement considérer de telles techniques.

Le dépistage de masse

Au début de l'étude, des séances de dépistage de masse furent effectuées dans les principaux centres. Cette approche a atteint un pourcentage variant entre 30 à 80% des enfants, pour les communautés de moins de 5,000 de population; la performance n'est pas aussi bonne pour de plus grands bassins de population.

Le C.I.F. a utilisé la méthode des mini-sessions impliquant de 7 à 9 évaluateurs, ces derniers voient entre 30 et 50 enfants dans un après-midi. Dans chaque centre, il y a un professionnel - psychologue, professeur, travailleur social, orthophoniste - responsable de la supervision des procédures d'évaluation, et de répondre aux questions des parents; une ou deux personnes s'occupent du dépistage visuel et auditif, une hôtesse (volontaire de la localité ou du quartier) ainsi que de 3 à 8 paraprofessionnel, étudiants et/ou volontaires.

Les domaines suivants sont évalués: vision, audition, histoire médicale, émotif et social, articulation de la parole, motricité "gross", motricité fine, et le cognitif verbal. Les résultats sont compilés par les paraprofessionnels et revisés par le personnel.

Les agences de références et la revision

Les enfants référés par les agences étaient différents de ceux du C.I.P.. Ainsi, les données obtenues de ces agences et des sessions de screening sont revisés par un professionnel; quatre alternatives sont possible:

1 - L'enfant n'a aucun problème, donc il passe.

2 - La détermination d'un autre processus de screening peut être entrepris, si l'on considère que la performance de l'enfant est diminué pour diverses raisons.

3 - L'enfant est référé pour une évaluation complète.

4 - L'enfant est référé pour une évaluation spécifique.

Pour les enfants sans problème, le C.I.P. envoie une lettre au parent les informant de ce fait, et les résultats généraux sont acheminés aux principaux d'école. Les enfants schédulés pour un second dépistage sont réévalués et les résultats sont revisés; à ce moment l'enfant passe, ou il est référé pour un diagnostic. Les enfants choisis pour une

évaluation spécifique sont schédulés pour être vus par une seule autre agence (médecin, clinique, infirmière) et ils puvent être référés à nouveau le cas échéant. Les enfants inscrits pour une évaluation complète sont visités par un travailleur social qui discute du cas avec les parents et prend les rendez-vous pour le psychologue et l'orthophoniste. L'information obtenue par ces contacts est revisée par un comité formé d'un administrateur, professeur, travailleur social, orthophoniste et un psychologue qui identifient les besoins de l'enfant. L'enfant éligible est alors référé à un des six types de services.

Le C.I.P. vs les agences déférantes

Un total de 762 enfants ont été dépistés par le C.I.P., sur ce nombre 545 (71.5%) des enfants ont passé le dépistage sans difficulté, 58 enfants ont été schédulés pour une nouvelle séance de dépistage, de ce nombre 26 n'avaient pas de problèmes. Cinq parents ont refusé de refaire la procédure de dépistage sur leurs enfants. De ces 58 enfants, 17 ont été schédulés pour une évaluation complète et sept autres ont subi un testing additionnel. 79 enfants ont été référés directement à l'évaluation complète. 41 ont été recommandés pour les programmes spéciaux, incluant les classes spéciales et les programmes à la maison. Somme toute, 13.7% de la population a été identifié par le C.I.P. comme étant éligible à un type quelconque de service spécial. Des 130 enfants référés

Tableau 3

Caractéristiques des enfants référés

Developmental area	Specific characteristic	CIP referral (N=28)	Traditional referral (N=25)
Speech-language	Receptive ability	7	12
	Expressive ability	18	16
	Stuttering	-	1
	Immature speech	14	5
	Articulation	12	18
Sensory	Visual acuity	2	4
	Auditory acuity	-	3
Motor	Fine motor control	7	9
	Gross motor control	7	7
	Hand-eye coordination	10	9
Social-emotional	Self-help skills	8	4
	Enuresis	4	-
	Dependency	10	8
	Hyperactivity	7	4
	Short attention span	15	9
	Inattentiveness	9	12
	Shyness (fearful-withdrawn)	19	8
	Fear of failure	14	11
	Relating to parents	15	2
	Management at school	13	12
	Relating at school	17	16
Cognitive	High intelligence	6	2
	Mild retardation	5	5
	Moderate retardation	3	2
	Severe retardation	1[a]	7[b]
	Learning disability	2	-
Physical	Cerebral Palsy	-	2
	Orthopedic handicap	-	2
	Cosmetic deviation	1	1

[a] Includes 1 untestable

[b] Includes 4 untestable

au diagnostic complet, seulement sept ont été "passed" par le comité.

Lorsque les résultats du C.I.P. sont comparés à ceux des méthodes traditionnelles de référence, des différences ressortent, on constate que 33 enfants référés directement par les voies traditionnelles, 84.8% ont été recommandés pour le placement en programmes et, 12.1% ont été référés à d'autres services. Le taux élevé d'efficacité des méthodes traditionnelles lorsque comparé au C.I.P. s'explique par le fait que les enfants subissent un diagnostic en situation traditionnelle avant d'être référés. La comparaison fut faite en ce qui a trait aux différences des caractéristiques des enfants référés par les deux méthodes (voir tableau 3). Aucune différence significative ne fut trouvée entre les caractéristiques des enfants référés par les deux méthodes. Cependant, il existe des différences lorsque l'on regarde les profils, on constate une tendance plus grande à retrouver dans la situation traditionnelle les handicapés orthopédiques, les paralysés cérébraux, et les déficients mentaux sévères qui présentent des problèmes auditifs, sensoriels et d'articulation, alors que les enfants identifiés par le C.I.P. tendent à être plus intelligent, possèdent des problèmes d'apprentissage, et ont un langage immature et ont des problèmes d'énurésie. Le point majeur à considérer est de noter le nombre d'enfants qui n'étaient pas identifiés et qui l'ont été grâce au C.I.P.

Conclusion

Les nouvelles procédures d'identification du C.I.P. ont les caractéristiques suivantes:

- réduction des coûts, en utilisant les services d'étudiants, de volontaires, etc. lors des premières étapes, et il implique par la suite les professionnels lorsque leurs talents sont requis;

- permet de dépister un grand nombre d'enfants efficacement et de manière économique;

- il identifie les enfants ayant de légers problèmes, problèmes qui sont souvent ignorés par les méthodes traditionnelles, aussi bien que ceux qui sont handicapés de manière apparente;

- permet le dépistage sans l'ensemble des connotations négatives associées à l'étiquetage;

- jette les bases qui permettent de travailler dès le début avec les parents;

- permet aux écoles de prédire et planifier pour les besoins de sa population handicapé;

- identifie l'enfant, avec de l'aide, a le potentiel de réussir l'intégration dans le mainstream lorsqu'il atteint l'âge scolaire.

La technique d'échantillonnage de fréquence

Magliocca et al. (1977) préconisent que l'identification en bas âge des enfants handicapés peut se faire à l'aide

Tableau 4

Subtests	Purpose	Task	Materials	Scoring
X's in Circles	Test eye-hand coordination when using a pencil	Mark X in each circle	40 3/4 inch circles on grid	Total no. of X's inside circles
XO Pattern	Test ability to produce and imitate a pattern	Continue XO pattern	Paper divided into 88 squares	Total no. of X's and O's in correct pattern
Counting Number Sets	Test ability to count	Count objects on each card	20 cards: Objects 1 to 10	Total no. of correct counts
See-Say Letters	Test ability to name letters	Name letters	Chart with upper and lower case letters (114)	Total no. of letters named
Matching Colors	Test ability to match colors	Match colored blocks to colored boxes	46 blocks and 6 matching boxes	Total no. of blocks matched
Naming Pictures	Test ability to name picture symbols of objects	Name pictures objects	77 pictures mounted on a chart	Total no. of pictures named

Tableau 4
(suite)

Subtests	Purpose	Task	Materials	Scoring
Hear-Touch (body parts)	Test auditory discrimination and locating body parts	Touch body	Audiotape with 40 cues	Total no. of responses
See-Write letters	Test ability to reproduce letters	Reproduce letters underneath samples	Paper with upper case letters	Total no. of letters copied
See-Say Numbers	Test ability to name numbers	Name random numbers from 1 to 20	78 numbers on a chart	Total no. of numbers named

Note: Time = 60 seconds.

d'une technique d'échantillonnage de fréquence. Les racines d'un service adéquat d'éducation spécialisé se retrouvent dans la détection en bas âge des diverses formes de handicaps, une assistance rapide dans l'apprentissage scolaire, et le placement ou retour de l'enfant dans un environnement scolaire le moins restrictif. La mesure de base utilisée est la fréquence. La performance académique telle que, écrire des lettres et chiffres, dire des noms, mots et lettres. L'unité de temps pour la mesure de fréquence est de une minute. Le score de fréquence est le nombre de réponses correctes en une minute, les membres du projet contrôlent la codification des bonnes réponses ainsi que le temps pour s'assurer de la fidélité de la technique.

Les enfants (3 1/2 ans à 5 1/2 ans) sont dépistés sur une période de cinq journées consécutives. Les stations de dépistage sont sous la responsabilité de deux membres du projet et elles sont situées près des classes "early education". Durant la première journée, les enfants reçoivent de l'aide pour intégrer les concepts et les relations diverses (spaciales, formes, etc.) tel que: pareil ou différent, et dessus ou dessous. Le chronométrage (1 minute) débute lorsque l'enfant commence la tâche.

Le tableau 4 montre les tests utilisés ainsi que le but de chaque test, de même que la description du matériel, la description de la tâche et le mode de codification.

Le contenu de chaque mesure reflète un but académique important ou une habileté que l'enfant devrait être en mesure d'effectuer. Le score de fréquence montre la capacité relative de la performance de l'enfant pour chaque tâche spécifique. De plus, les modalités, visuelle, auditive et kinesthésique sont considérées dans la construction des diverses mesures.

Les deux premiers sous-tests (X dans des cercles; XO pattern) représentent une mesure de la capacité d'utiliser un crayon dans les programmes de "early education". Le x dans un cercle permet d'évaluer la coordination visuo-motrice (oeil/main) dans le cadre spatial délimité qu'est le cercle. La seconde mesure ("XO pattern"), évalue les habiletés d'utiliser un crayon dans une tâche de reproduction de formes visuelles, ce test fut inclu suite à des études comportementales sur des enfants en classes "mainstreamed", qui ont montré une emphase marquée sur les habiletés de l'enfant à reproduire diverses formes visuelles.

Le fait d'être en mesure de compter un ensemble de set de figures sur des cartes (test #3) est perçu par plusieurs programmes d'enseignement pré-scolaire comme étant une habileté de base en mathématique. Le fait de nommer des lettres de l'alphabet (test #4) est perçu comme étant une activité préliminaire à la lecture. La discrimination des couleurs est un indice permettant d'inférer sur l'apprentissage de d'autres

tâches scolaires, l'enfant n'est pas obligé de nommer les couleurs. Le sous-test "naming pictures" est conçu dans l'optique de mesurer la facilité d'expression verbale de l'enfant lorsque mis en face de dessins simples. Le dernier sous-test administré aux enfants âgés de 3 et 4 ans est le "Hear-touch", dans cette situation, l'enfant écoute une bande magnétique pré-enregistré qui nomme une partie du corps à toutes les 1.5 secondes, l'enfant doit toucher la partie qui est mentionnée (ex: tête, oreille, etc...).

Deux tests additionnels sont administrés aux enfants de 5 ans, ces tests reflètent le domaine cognitif du programme scolaire sur les capacités à copier des lettres de l'alphabet ("seewrite letters") et sur la capacité à nommer des nombres répartis au hasard (de 1 à 20) sur une carte.

Par après, la fréquence des réponses correctes sur les tâches pour chaque enfant fut comparé à celle des autres enfants de l'école du même âge. En considérant tous les enfants qui ont obtenu une performance se situant dans le quart inférieur (25%) des scores de fréquence, une liste de "risk learners" a été établie. A la fin de l'année scolaire cette liste fut comparée à celle des professeurs, la corrélation entre ces deux listes est de 0.90. Il est à mentionner que ce projet pilote a été effectué sur un échantillon de 65 enfants, pour l'année scolaire suivante (1975-1976) le programme touchera six écoles pour une population d'environ 800 enfants au

niveau maternelle et première année; À ce moment si la validité de pronostic se maintient ou est supérieur à 0.90, il sera recommandé de répandre la technique à tout le système scolaire de Baltimore.

Le dépistage en tant qu'outil de planification

Zeitlin (1976) considère que le dépistage est une technique permettant non pas la prédiction mais bien la planification au niveau de l'enseignement. Le dépistage pour ce dernier est une procédure de courte durée qui est faite individuellement. D'ailleurs il suggère les normes suivantes pour établir un instrument de dépistage:

1. Il peut être administré individuellement en moins de 30 minutes.

2 - Il doit être multidimensionnel et inclure plusieurs aspects du développement.

3 - Il n'est pas axé sur des catégories, en ce sens qu'indépendemment des raisons de problèmes d'apprentissage, il n'identifie que les enfants ayant un potentiel "high risk".

4 - Les items de l'instrument ou de la batterie de tests sont appropriés à l'étendue d'âge en processus d'évaluation.

5 - Les items sont aculturés;

6 - Le mode de codification est objectif et repose sur des indices comportementaux.

7 - Les procédures propres à l'instrument ainsi

que l'entraînement des évaluateurs sont claires et peu complexes.

Il cite en exemple le "Zeitlin early identification Screening" (ZEIS). Cet instrument de dépistage est divisé en trois parties: soit, les tâches verbales, les tâches papier et crayon, et les tâches non verbales.

Il propose également un processus de dépistage (voir tableau 5) qui permet le diagnostic et l'implantation d'un plan d'action pour l'enfant présentant un potentiel "high risk". De plus, il indique 7 facteurs qui peuvent être négatifs plutôt que positifs lorsque insérés dans un programme de dépistage:

1. Utiliser le dépistage en isolation, sans qu'il n'y ait de suivi.

2. Lorsque le dépistage est utilisé pour fin de diagnostic, et que la décision est prise avec insuffisamment de données; À partir d'une information inadéquate ou inappropriée, ou à partir d'une seule expertise.

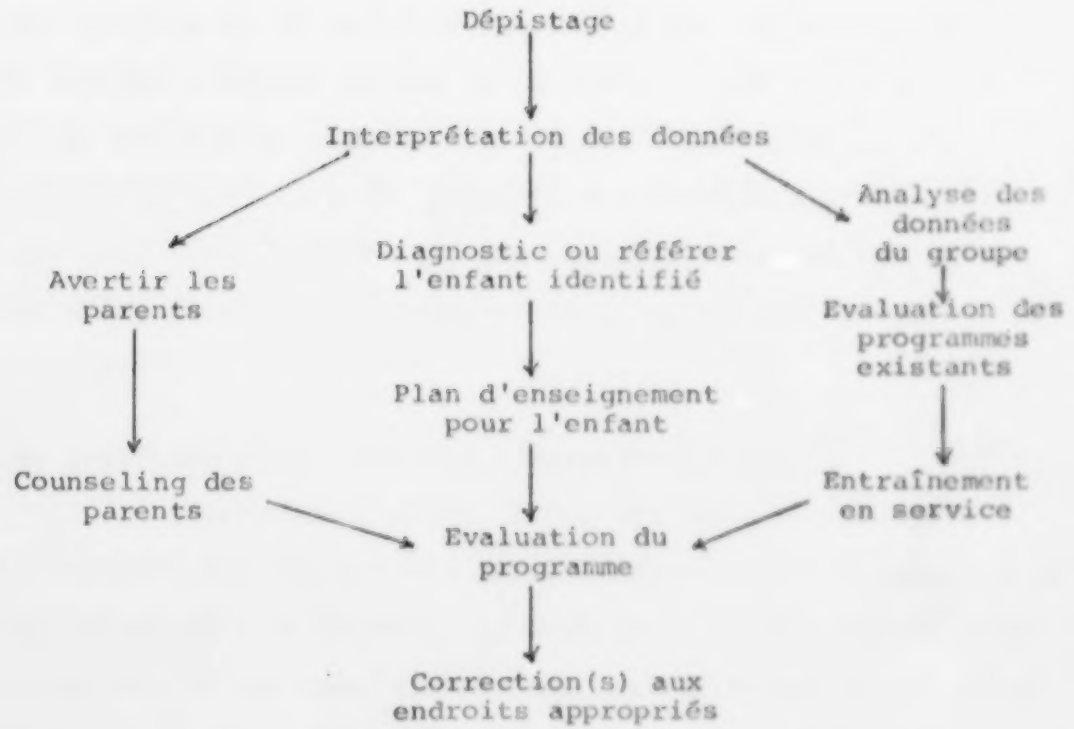
3. Lorsque l'on utilise le dépistage pour exclure un enfant du système scolaire, alors que des enfants du même âge sont admis.

4. Lorsque l'on utilise le dépistage pour imposer une étiquette qui pourrait nuire à l'enfant.

5. Lorsque le dépistage se centre sur les faiblesses de l'enfant et qu'il ignore ses points forts.

Tableau 5

Processus d'un programme de dépistage



6. Lorsque l'impact des différences culturelles n'est pas reconnu au niveau du programme de dépistage.

7. Lorsque les évaluateurs ont des attitudes et des valeurs qui peuvent être discriminatoires pour l'enfant.

En conclusion Zeitlin perçoit le dépistage comme étant un outil qui lorsque utilisé, aide l'enseignant à planifier d'une manière efficace en fonction des besoins de chaque enfant.

The assesment class

Les méthodes d'évaluation traditionnelles peuvent s'avérer adéquates lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins et réalisations de la majorité des étudiants. Mais qu'advient-il lorsque l'enfant refuse de se prêter à une telle évaluation? lorsque ce dernier a de légers troubles de parole, langage ou musculaires? présente des problèmes affectifs? pour tout autre problèmes? Ces exemples montrent la pertinence des procédures standards d'évaluation pour certains enfants.

Les principes sous-jacents à l'assessment class

L'assessment class (A.C.) est tout désigné pour travailler avec les enfants qui requièrent une évaluation plus rigoureuse et plus variée. Le seul trait caractérisant cette classe est la prémisse de base qui considère que certains enfants ont besoin d'une évaluation qui s'avère plus complète qu'une évaluation brève du comportement. L'évaluation dans ce contexte est perçue comme étant un processus complexe, dans lequel les facteurs émotifs, médicaux et environnementaux sont vérifiés. L'interaction de plusieurs variables, incluant le professeur et les facteurs liés au milieu, est étudié, et des hypothèses de travail sont énoncées à partir du type de réponses émises. Sous plusieurs aspects, cette classe permet à l'élève de montrer à l'enseignant ce qu'il peut et ne peut faire dans le temps. Cette approche permet une meilleure com-

préhension de l'enfant et de ses problèmes (Escouar, 1976).

Le modèle de l'A.C.

L'A.C. est conçu comme étant une évaluation diagnostique, élaborée autour d'un programme d'enseignement de courte durée (10 à 20 semaines). L'expérience se déroule au Campus du Pennsylvania State Univ.. Les enfants admissibles au programme ont un âge qui varie entre 5 et 10 ans et qui demeurent dans un périmètre d'environ 15 à 20 milles du Campus, les enfants sont transportés quotidiennement par autobus.

Les enfants peuvent être référés par les professeurs, principaux d'école, psychologues ou par les parents. La sélection est en rapport avec le besoin en diagnostic et le contingentement. La dimension de la classe varie de 5 à 7 élèves durant chaque période de 10 semaines. Cependant, pour quelques cas isolés, l'enfant peut rester pour une période de 20 semaines, cependant la plupart des enfants sont de retour en dedans d'une période de douze (12) semaines. La classe est destinée pour tout enfant sur lequel on peut émettre un doute sur la validité de l'évaluation effectuée ou sur la valeur relative des stratégies d'enseignement antérieures.

Le personnel

Les deux facteurs qui déterminent l'opportunité d'effectuer une évaluation sont, le temps du professeur et le degré de connaissance. L'A.C. comprend un professeur responsable, un conseiller en enseignement et un aide pédagogique.

Un rapport un à un professeur/élève permet une moyenne de 10 heures/semaine d'enseignement par tutorat.

Le processus de diagnostic

Lorsqu'une demande d'admission est reçue, le conseiller en enseignement effectue une recherche en:

- visitant la famille à la maison et en interviewant les deux parents (si possible),
- obtenant toute information de nature médicale, sociale et éducationnelle,
- observant l'enfant dans sa classe habituelle,
- consultant le personnel de l'école.

Lors d'une réunion, qui comprend le personnel de l'A.C., le professeur de l'enfant, le conseiller ou le principal, l'information recueillie est évaluée et une décision est mutuellement prise. Si l'enfant est accepté, les dates d'entrée et de sortie sont fixées.

Habituellement, le premier jour la mère accompagne son enfant; à ce moment, le processus d'évaluation ainsi que les responsabilités du personnel est expliqué en détail.

Durant les prochaines semaines (2 à 6 semaines), une relation de travail s'établit entre l'élève et le professeur; puis, l'aspect académique, le social-affectif, la parole et le langage ainsi que les comportements physiques sont examinés. Dans toute la période d'évaluation, un milieu est créé dans

lequel les habiletés et le potentiel de l'enfant pourront être évalués adéquatement et avec impartialité.

L'information formelle (testing traditionnel) est toujours recueillie en situation individuelle, habituellement, par une personne qui a passé plusieurs jours, et dans certains cas des semaines, à obtenir le respect et la confiance de l'enfant.

Les mesures d'évaluations informelles effectuées par le professeur sont alors utilisées pour obtenir de l'information nouvelle sur les déficiences de l'enfant. Ainsi, l'évaluation informelle est utilisée pour vérifier la validité des résultats de l'information formelle en rapport avec une situation réelle.

Lorsque les données d'évaluation dans un sujet quelconque sont compilées, les forces et faiblesses sont identifiées et les objectifs sont écrits. Le processus du pairage des caractéristiques d'apprentissage de l'enfant au matériel d'enseignement approprié est alors entrepris. A ce stade, le professeur sait quel type de matériel intéressera le plus l'enfant. Avant la date de départ, le personnel de l'école d'où vient l'enfant est invité à une visite de l'A.C.. Une réunion est tenue pour reviser l'ensemble de l'évaluation, et les recommandations concernant le matériel et les méthodes ayant été les plus efficaces sont transmises à ce moment.

L'implication des parents

Une part importante de l'évaluation vient des parents, qui deviennent impliqués et qui apprennent alors à connaître leur enfant, à l'aide de:

- visite à la maison par le professeur responsable et le conseiller en éducation;

- visites fréquentes (au moins 2 fois par mois) de la classe, durant lesquelles le parent observe de derrière un miroir à sens unique;

- programme de conduite de comportement, qui est individualisé;

- carnet de note qui contient l'information pertinente sur ce qui est exploré dans l'A.C..

Ainsi, contrairement à l'évaluation traditionnelle d'une ou deux heures, le concept de l'Assessment Class offre une investigation intensive de l'enfant dans une période de temps relativement courte. Cette approche donne la chance à l'enfant de montrer ses forces et faiblesses d'apprentissage. L'évaluation, à ce moment, devient plus valide et digne de confiance. Le but final est de fournir à l'enfant, ses parents et son professeur de l'information concernant les meilleures façons d'améliorer le processus d'apprentissage.

Le dépistage des handicaps lors de la jeune enfance (milieu hospitalier)

Les professionnels intéressés par ce champ d'activité, ont étudié l'histoire et les manifestations des symptômes des maladies qui entraînent certains handicaps chroniques et ont appris à les reconnaître même avant que le cas ait évolué au stade clinique final. Par exemple, le diagnostic - dans des centres médicaux sophistiqués - de la paralysie cérébrale est habituellement fait avant que l'enfant ait atteint l'âge de douze mois, souvent avant même que les manifestations cliniques soient devenues apparentes (Ingram, 19 ; Green, Durocher, 1965).

Les tentatives dans le but de reconnaître la propension de certains parents à avoir des enfants ayant des handicaps, correspond à un mode de dépistage. Lorsque le facteur de transmission héréditaire est connu pour un handicap donné, il est alors possible de calculer les chances que les enfants ont d'hériter de cette caractéristique. Les études biochimiques ou chromosomiques des parents ou prospects peuvent donner une information très riche sur les risques qu'encourent leurs enfants de souffrir d'un certain nombre de maladies héréditaires associées avec certains handicaps. Lorsque de tels tests sont disponibles en plus de l'anamnèse familial, ils peuvent avoir une grande valeur, mais il est impossible de prédire la probabilité que ces futurs parents donnent naissance à des enfants qui pourront être sujets à souffrir de la plupart

des handicaps.

Dans certaines maladies, il existe des stigmates physiques qui sont connus comme étant associés avec la déficience mentale et qui peut être reconnu immédiatement; tel le cri du chat par exemple (indique le mongolisme).

Les faits liés à l'histoire de l'enfant peuvent indiquer qu'il peut présenter certaines déficiences. Tel les enfants prématurés, spécialement ceux qui à la naissance ont un poids inférieur à 1500 g seront plus sujets que les enfants nés à terme, de souffrir de paralysie cérébrale, de présenter des problèmes de vision et d'audition. Les enfants ayant souffert de Kernicterus suite à une incompatibilité du facteur rhésus sanguin ont des dommages au cerveau et souffrent de paralysie cérébrale de type dyskinétique.

De nos jours, les services médicaux sont axés sur le diagnostic des handicaps avant même que les signes et symptômes caractéristiques soient manifestes.

Dans le but d'organiser un suivi des patients, des registres "at risk" ont été tenu. Ces registres contiennent les noms des enfants pour lesquels on redoute l'apparition de maladies associées à des handicaps chroniques, étant donné leur histoire familiale, ou sur la base des renseignements sur le pré-natal et post-natal (Ingram, 1973, Swallow, Davis, 1967). Inévitablement, lors de la période de temps où cet enfant est

examiné pour des anomalies possibles, les parents désirent "savoir" et peuvent être réticents à accepter le fait que le diagnostic soit incertain. Ils iront de clinique en clinique à la recherche de la vérité.

Green et Durocher (1965) ont observé que la naissance d'un enfant handicapé entraîne une situation de crise au sein de la famille, ainsi, ces derniers recommandent que la famille soit rencontrée dans les plus bref délais après la naissance dans le but de favoriser la création de liens positifs. De plus, les parents se sentent démunis en ce qui a trait aux soins à apporter à leur enfant; de même ces enfants manquent souvent de stimulations, l'enfant handicapé ayant habituellement des contacts moins fréquents avec sa mère qu'un enfant normal.

Les professionnels de la santé doivent considérer les parents de l'enfant comme étant un membre à part entière, en ce qui a trait à l'administration des soins; et il est recommandé que les parents soient éduqués, orientés et suivis par le milieu hospitalier (Ingram, 1973; Green et Durocher, 1965).

La classification des enfants en éducation spécialisé

Jones (1972) a étudié l'impact de l'étiquetage dans l'enseignement spécialisé, il a centré son étude sur le fait que des déficits existent dans l'administration des services

à l'enfance exceptionnelle dans deux domaines; premièrement au niveau de l'attention insuffisante qui a été accordée au fait que quelques-unes des catégories utilisées impliquent des déficiences chez l'enfant qui entraînent une diminution du concept de soi et des attentes qui interfèrent avec le développement et la croissance de l'enfant. Deuxièmement, aucune étude systématique n'a été effectuée au niveau de la perception qu'a l'enfant de son étiquetage ainsi que des services spéciaux qui lui sont offerts.

Holbs (1973) indique qu'un système de classification doit comprendre trois caractéristiques importantes: 1. le but général et des critères de classification, 2. qu'il doit considérer les bases et les effets sociologiques de la classification et de l'étiquettage, 3. ainsi que les conséquences spécifiques qu'impliquent la classification des enfants. Jones (1972) et Kelsey (1978) soulignent le fait que l'étiquetage est biaisé par les facteurs: statut socio-économique et l'âge de l'enfant. Cependant, Kelsey (1978) indique que les psychologues ne sont pas responsables de l'origine du biais, et il conclut que les biais surgissent lorsque les services sont rendus et non lorsqu'ils sont recommandés.

Childs (1974) considère que le débat sur l'étiquetage doit se centrer sur les enfants "mildly" handicapés et non pas sur ceux ayant de sérieux handicaps. Il indique que les raisons pour lesquelles les enfants "mildly" handicapés

ont été étiquettés par le passé relèvent premièrement du fait que l'enseignement spécialisé, fait ressortir tous les comportements déviants, indépendamment de leur degré; et en second lieu, le fait que les professeurs de classes régulières ne sont ou n'étaient pas suffisamment entraînés pour jouer adéquatement avec les différences individuelles.

Computer Assisted Remedial Education (C.A.R.E.)

Le personnel de l'université d'état de la Pennsylvanie a développé un cours d'éducation spécialisé sur ordinateur pour les professeurs. Le but de ce cours est de donner aux professeurs de niveaux pré-élémentaire et élémentaire les connaissances et habiletés nécessaires pour faire face efficacement aux problèmes des enfants ayant certaines difficultés d'apprentissage scolaire. Ce cours permet aux individus de reconnaître les caractéristiques et d'identifier les enfants handicapés. Les enfants handicapés dans ce cas-ci sont ceux qui ont des caractéristiques non typiques en ce qui concerne le programme scolaire; on inclut ceux qui montrent des écarts aux comportements normaux dans les domaines, cognitif, affectif et psychomoteur. Il est attendu qu'après les 30 heures de cours, que le professeur ou autre individu, soit en mesure d'évaluer de façon systématique le potentiel d'apprentissage de l'enfant et qu'il soit en mesure de formuler un programme éducatif adéquat aux besoins de ce dernier. Durant ce cours le professeur est amené à percevoir les enfants en tant qu'in-

dividus. L'utilisation des catégories traditionnelles ou étiquettes est infime. Cependant, certains termes et concepts liés à l'handicapé sont enseignés de telle manière que l'individu ayant suivi le cours, est plus en mesure de communiquer avec d'autres professionnels (Cartwright et Cartwright, 1978).

Les objectifs spécifiques

Lorsque le cours est terminé, le participant aura atteint les objectifs suivants:

1 - connaître les caractéristiques de l'enfant handicapé et être sensibilisé aux symptômes indiquant la possibilité de présence de troubles d'apprentissage;

2 - être capable de dépister tous les enfants en programme régulier pour les écarts à la normale et déterminer l'étendue des différences interindividuelles;

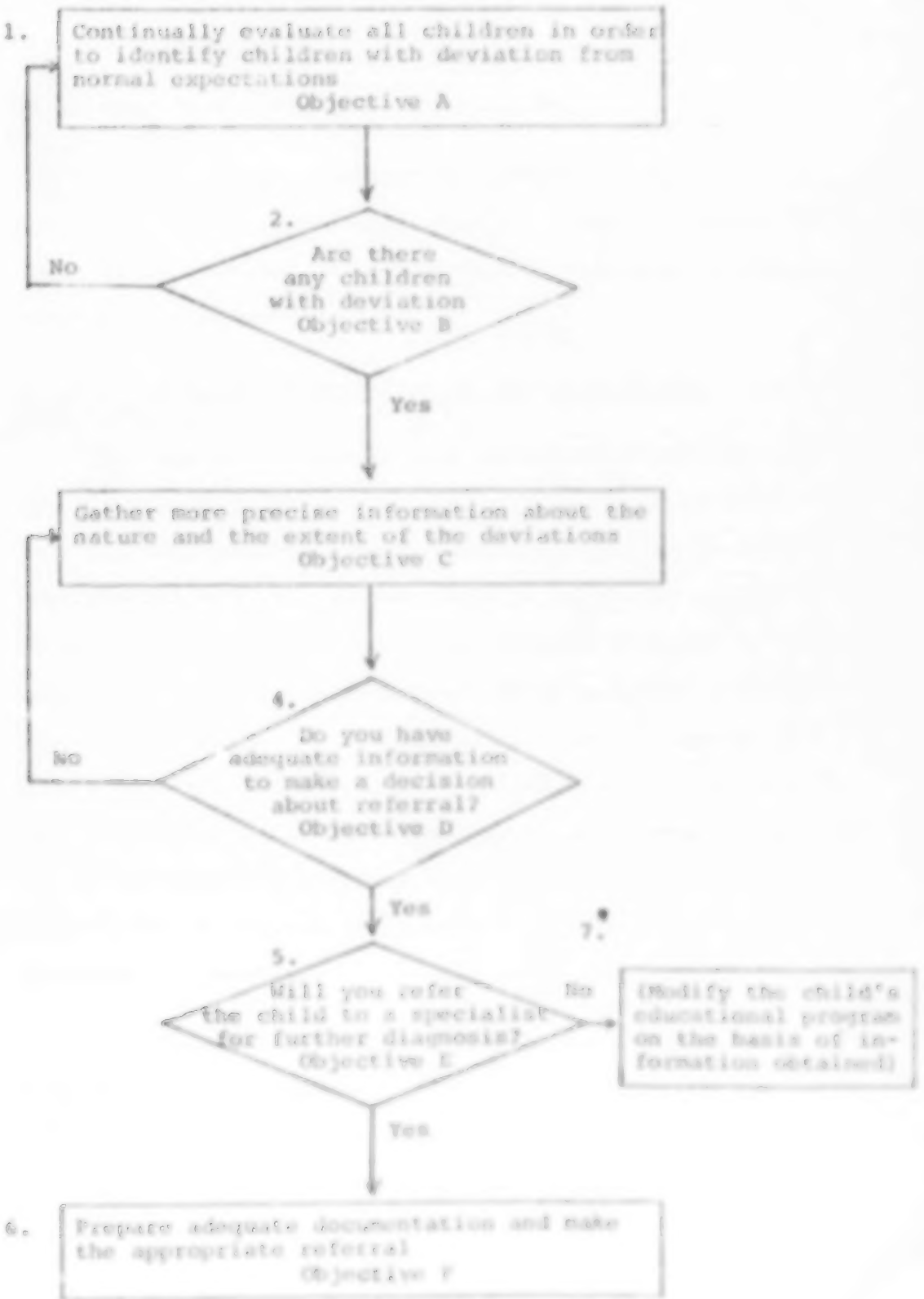
3 - être en mesure pour ces enfants de choisir et utiliser le matériel adéquat pour entamer un processus de diagnostic et d'évaluation, de manière à obtenir une information plus précise tant qu'à la nature de la déviation;

4 - être en mesure de synthétiser l'information en préparant le profil des forces et faiblesses de l'enfant en rapport avec les variables académiques;

5 - être capable d'évaluer la justesse de l'information disponible de manière à être en mesure de prendre la bonne décision en ce qui a trait à la référence à un spécialiste;

Figure 1

Decision process



* This step is the subject of a CAI course to be developed.

6 - être en mesure de préparer un dossier adéquat, si la demande en référence est accordée.

Il est donc attendu du professeur, qui maîtrise les objectifs ci-haut mentionnés, qu'il sera en mesure d'évaluer, et de formuler un programme d'enseignement adapté aux besoins de l'enfant.

La relation entre le processus de décision et les six objectifs

Les six objectifs sont directement associés avec les six premières étapes du processus de décision (voir fig. 1). Les deux premières étapes indiquent que le professeur doit évaluer tous les enfants dans la classe de manière à identifier ceux qui ont des comportements déviants de la normale. Les objectifs A et B sont reliés aux deux premières étapes du processus de décision. Ainsi le contenu du cours pour l'objectif A comprend de l'information de base pour la tâche de dépistage et pour les étapes subséquentes du processus de décision. L'atteinte de l'objectif B permet au professeur d'utiliser correctement les données qui lui sont directement disponibles.

La troisième étape est associée à l'objectif C. A ce moment, le professeur ajoute de l'information concernant les différences interindividuelles de chaque enfant à celle recueillie lors de la première étape. L'emphase à cette étape est mise sur l'évaluation de chaque enfant, en terme des

déviations relevées lors du dépistage, le professeur recherche de l'information supplémentaire à celle disponible de manière à bien isoler l'écart qui différencie l'enfant.

La réalisation de la troisième étape avec à la fois la réalisation des objectifs D et E, permet au professeur d'évaluer la portée des données recueillies, et alors prendre les décisions requises aux étapes 4 et 5. Si le professeur prend une décision négative à l'étape 4, il doit retourner à l'étape 3 pour recueillir l'information requise pour compléter le profil de l'enfant avant de passer à l'étape 5. A cette étape (5) le professeur tente d'examiner s'il a épuisé toutes les sources d'information disponibles? puis-je élaborer un programme pour cet enfant? Si la décision à l'étape 5 est pour référer l'enfant, le professeur accède à l'étape 6, qui est reliée à l'objectif F. Si la réponse à l'étape 5 est négative, le professeur doit voir à reformuler le programme de l'élève au sein de la classe régulière (étape 7).

Ainsi ce cours vise avant tout à promouvoir la sensibilité clinique du professeur et développer chez ce dernier une conscience du diagnostic ainsi que la compréhension des forces et faiblesses des enfants normaux et handicapés.

Références

ANASTASI, A. (1968). Psychological testing. New York: Macmillan.

BANHAM, K.M. (1972). Progress in Monta' Development of Reta.ded cerebral Palsied infants, Except Children.

BANHAM, K. Activity level of Retarded Cerebral Palsied Children, Except. Children, 1972.

BANHAM, K.M. Social and Emotional Adjustment of Retarded CP infants, Except. Children, oct. 1973.

BERSOFF, D.N., KABLER, M., FISCUS, E., ANKEY, R. Effectiveness of special class placement for children labeled neurologically handicapped, J. School. Psychol., 10, 1972.

CARROLL, J.L. Preschool screening: Role of the school psychologist, ERIC, Apr. 1976.

CARTWRIGHT, G.P., CARTWRIGHT, C.A. Early Identification of handicapped children: A CAICourse, J. of teacher Educ., 1978.

CHILDS, R.E. A closer look at labeling children who are mildly handicapped, Educ. and training of the rentally retarded, 9, 1974.

COHEN, S.A. Studies in visual perception and reading in disadvantaged children, J. of learning disab., 2, 1969.

COHEN, S.A. Rebuttal: cause vs treatmen in reading achievement J. of learning Disab., 3, 1970.

DOLL, E.A. The measurement of Social Competence. Minneapolis, Am. Guidance Serv., 1953.

EAVES, R.C., McLAUGHLIN, P. A system's approach for the assessment of the child and his environment: getting back to basics. J. of special education, 11, 1, 1977.

ESCOVAR, P.L. Another chance for learning - the assessment class, teaching exc. children, fall, 1976.

GREEN, M., DUROCHER, M.A.L. Improving parent care of handicapped children, Children, 12, 1965.

HAMMIL, D.D. Training visual perceptual processes, J. of learning Disab., 5, 1972.

HARTLAGE, L.C. Differential academic, Behavioral and psychological test profiles of four types of Learning handicapped children, ERIC, 1972.

HOBBS, N. The project on classification of exceptional children, ERIC, 1973.

INGRAM, T.T.S. The Early Recognition of handicaps in childhood, 252-55, 1973.

JONES, R.L. Labels and Stigma in special Education, Except. Children, 38, 3, 1972.

KELSEY, J.W. The influence of socio-economic status and age on diagnosis and service recommendations for psycho-Educationally handicapped children, ERIC, 1978.

KEOGH, B.K. The Bender Gestalt with children: Research implications, presented in part at the A.P.A. convention, ERIC, 1968.

KRASNER, P.R., SILVERSTEIN, L. The preschool attainment record: A concurrent validity Study with Cerebral Palsied children, Educ. and Psychol. Meas., 36, 1976.

MAGLIOCCA, L.A., FINALDI, R.T., CREW, J.L., KONZELMANN, H.P., Early Identification of handicapped children through a frequency sampling technique. Except. children, 1977.

MANN, L. Are we fractionning too much? Acad. therap. Quart., 5, 1969-70.

MANN, L. Perceptual training: Misdirections and redirections, Am. J. of orthopsychiatry, 40, 1970.

MANN, L. Psychometric phrenology and new faculty psychology, the case against ability assessment and training, J. of special Educ., 5, 1971.

NICHOLSON, C.L. Correlations among CMMS, PPUT and RCPM for cerebral Palsied children, Percept. and motor skills, 30, 1970.

PEDRINI, B.C., PEDRINI, D.T. Classifying Exceptional children and adolescents, ERIC, 1972.

SALVIA, J., CLARK, J. Use of deficits to identify the learning Disabled, Except. children, 39, 1973.

SATTLER, J.M., ANDERSON, N.E. The Peabody Picture Vocabulary Test, Standford-Binet, and the Modified Standford-Binet with normal and Cerebral Palsied preschool children, ERIC, 1977.

SOWER, R., COVERT, R. Identifying Preschoolers with special needs: A country-wide project to help plan future special services in the public schools, Ed. & training of the Mentally Retarded, 10, 2, 1975.

SWALLOW, K.W., DAVIS, G.H. 645 days of maternity and Infant Care, Children, 14, 1967.

TWWE..TT'S, R.C. Prediction of School learning disabilities through the use of the Bender Gestalt Test: A Validation Study of Koppitz's Scooring technique, J. clin. psychol., 19, 1963.

YSSELDYKE, J.E., SALVIA, J. Diagnostic prescriptive teaching: two Models, Except. Children, 41, 1974.

ZEHRBACH, R.R. Determining a preschool handicapped population. Except. children, 1975.

ZEITLIN, S. Uses and abuses o: early identification programs. ERIC, 1976.

Appendice A

Tests utilisés dans le diagnostique des handicaps

Test descriptions

Tests of Mental Ability

Tests	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age group	Administration	Time	Scores
Detroit Tests of Learning Aptitude	B-MC	1967	B	Designed to meet the demand of psychologists whose task it is to solve children's learning problems in practical ways. It measures many special phases of mental abilities within a pattern of general intelligence	Preschool through high school.	Although comparitively simple to administer and to score, only those persons who are fully equipped by training to administer and interpret psychological tests can expect to obtain reliable and consistent results	About one hour.	Mental age I.Q., profile of mental abilities
Peabody Picture Vocabulary Test	AGS	1965	B	Designed to provide an estimate of a subject's verbal intelligence through measuring his hearing vocabulary. It has to equivalent forms of the test.	Preschool to Adulthood.	Requires no special preparation other than complete familiarity with the test materials.	Untimed. Takes about 10-15 minutes.	Mental age I.Q., and percentile
Slosson Intelligence Test for Children and Adults	SEP	1963	A	A short intelligence test useful as an individual screening for both children and adults. An individual test.	About 3 years through adulthood.	Can be administered by teachers, social workers, doctors and others with a background in testing.	About 20-30 minutes.	Mental age and I.Q.
Stanford-Binet Intelligence Scale (Form L-M)	HMC	1960		Designed as an individually administered test of general intelligence.	Appropriate for measuring people from age two through adulthood.	Must be administered by a person with background in testing and with training in the administration and scoring of this test.	About one hour.	Mental age and I.Q.

Tests	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age group	Administration	Time	Scores
Valett Developmental Survey of Basic Learning Abilities	CPP	1966	B	To provide an assessment of critical learning abilities that leads to remediation	Ages 5-15.	Requires no special training in test administration. Individual administration.	60-70 minutes	No scores or norms
Wechsler Intelligence Scale for Children	PC	1949	D	An individually administered test of intelligence designed to measure verbal, performance and total I.Q.	Ages 2-7. May be used with slightly older children if used for remedial purposes.	Must be administered by a person with background in testing and with training in the administration and scoring of this test.	About one hour.	Scaled scores for each subtest, for the verbal scale, performance scale and full scale. Also gives a verbal I.Q., a performance I.Q., and a full scale I.Q.
California Achievement Test	CTB	1957	A for each battery	A comprehensive battery designed to measure educational achievement and to provide an individual analysis of learning difficulties.	Lower Primary- Gr. 1-2 Upper Primary - Gr. 2.5 - 4.5 Elementary - Grades 4-6 Junior High - Gr. 7-9 Advanced Gr. 9-14.	Group administration. Requires no special training.		Grade placements and percentile ranks.
Iowa Tests of Basic Skills	HM	1955	A for each battery	A series of tests designed to measure the basic skills essential for success in any type of school work.	Multi-level edition Grades 3-9.	Group administration. Requires no special training.	From 4 1/2 - 5 hours for the complete battery. Done in several sittings	Grade equivalents and percentiles

Test	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age group	Administration	Time	Scores
Metropolitan Achievement Tests	HBW	1959	B for each battery	A coordinated series of measures of achievement in the important skills and content areas of the elementary and junior high school curriculum. There are 5 different batteries, each for different grade levels.	Primary 1 - Gr. 1.5 - 1.9 Primary II - Gr. 2.0 - 2.9 Elementary - Gr. 3.0 - 4.9 Intermediate - Gr. 5.0 - 6.9 Advanced - Gr. 7.0 - 9.9.	Group administration. Requires no special training.	PI - 1 1/2 h. PII - 1 3/4 hrs. Elem. - 2 3/4 hrs. Int. 4 1/2 hrs. Adv. - 4 1/2 hrs. Done in several sittings	Standard scores grade equivalent percentile rank and stanine of each student.
Peabody Individual Achievement Test	AGS	1970	C	To provide a wide range screening measure of achievement in the area of mathematics, reading, spelling, and general information. Provides an over view of scholastic attainment. Individually administered.	Approximate for children in grades K - 12.	No format training is required.	Untimed. Power test takes about 30-40 minutes to administer and score.	Raw scores, age and grade equivalents, age and grade percentiles. These are for each of the subtests as well as for the total tests. Also allow for a profile.
Sequential Tests of Educational Progress	CTD	1963	B	A coordinated series of measures of achievement in the important skills and content areas of the upper elementary, junior and senior high school curriculum.	Level 1 - Gr. 13-14 Level 2 - Gr. 10-12 Level 3 - Gr. 9-9 Level 4 - Gr. 4-6	Group administration. No formal training is required.	From 1 - 1 1/2 hrs per test	Percentile bands.

Test	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age group	Administration	Time	Scores
Standard Achievement Test	HDW	1964	$ for each battery	A series of comprehensive achievement tests developed to measure the importance knowledges, skills, and understandings commonly accepted as desirable outcomes of the major branches of the elementary curriculum. There are five batteries, each for different grade levels.	Primary I - Gr. 1.5 - 2.5 Primary II - Gr. 2.5 - 3.9 Intermediate I - Gr. 4.0 - 5.5 Intermediate II - Gr. 5.5 - 6.9 Advanced - Gr. 7.0 - 9.9	Group administration. Requires no special training.	From 2 - 6 hrs. depending on level. Given in several sittings.	Grade scores, percentile rank and staniner for each subtest.
Wide Range Achievement Test	GA	1965	A	An individually administered standardized measure of achievement in the basic school subjects of reading, spelling, and arithmetic.	Level I - 5 years to II - 11 Level II 12-0 to adulthood.	Not necessary to have formal training in test administration.	About 20 - 30 minutes.	Grade equivalents standard scores, and percentiles for each subtest.
Durrell Analysis of Reading Difficulty	HDW	1955	A	To discover weaknesses and faulty habits in reading which may be corrected in a remedial program.	Content of reading ability from nonreading to sixth grade ability. Appropriate for all age groups when used for clinical and remedial purposes.	Not necessary to have formal training in test administration	About 35 - 50 minutes.	Grade equivalents for each subtest. Also, provides a profile of abilities.

Test	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age group	Administration	Time	Scores
Gates-McKillop Reading Diagnostic Tests	TCP	1962		This test is designed to answer the questions of what particular reading skills, in a child, are underdeveloped and which are matured to a normal or superior degree. On the basis of results, an instructional program can be planned.	Content covered is inclusive of the elementary grades. However, it is appropriate for all levels when used for clinical and remedial purposes.	Individual administration. Not necessary to have formal training in test administration. It is suggested that the examiner have a back-ground in reading.	About 30 - 45 minutes.	Grade equivalents and ability ratings for each subtest.
Key Math Diagnostic Arithmetic Test	AGS	1971	C	Individual administered diagnostic assessment of skill in mathematics. Provides four levels of assessment, each more specific than the previous one. Prepares a foundation for tailoring an instructional program.	Preschool to Grade 6. However, it is appropriate for all age groups when used for clinical and remedial purposes.	Not necessary to have formal training in test administration.	About 30 minutes. Power test.	Grade equivalents for each subtest and for total test.
Apache Diagnostic Reading Scales	CTB	1963	B	A series of integrated tests developed to provide a standardized evaluation of oral and silent reading skills, auditory comprehension and selected phonics skills.	For normal and remedial readers at the elementary school levels and for remedial readers at junior and senior high school levels.	Not necessary to have formal training in test administration.	About 30 - 45 minutes for administration and scoring.	Grade equivalents for instruction, independent and potential reading levels and for phonics skills. Also, analysis of oral reading errors.

Test	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age group	Administration	Time	Scores
Stanford Diagnostic Arithmetic Test	BHW	1966	B	A series of measures designed to identify needed areas of instruction in arithmetic. It comes in two levels. It can be group or individually administered.	Content covered from the latter part of grade two to the middle of grade 8. However, it may be used for clinical and remedial purposes.	Not necessary to have formal training in test administration.	Level I - about 3 hrs and 40 min. Done in 6 sittings. Level II - 4 hrs and 20 min. Done in seven sittings.	Stanines, grade scores, profile of abilities.
Goehm Test of Basic Concepts	PC	1971	B	Desired to measure children's mastery of concepts considered necessary for achievement in the first years of school. Results may be used both to identify children with deficencies in this area, and to identify individual concepts on which the children could profit from instruction.	Children in kindergarten and grades one and two.	Group or individual administration. Requires no formal experience in test administration.	About 30 - 40 minutes.	Percentile.
Illinois Test of Psycholinguistic Abilities	UIP	1969	E	Designed to pinpoint specific language disabilities in children. It is designed to suggest remediation.	2 1/2 to 9 years of age.	Must have adequate background and should administer a minimum of 10 practice tests before considered a valid examiner. Individual Administration.	About 1 hour.	Psycholinguistic age for each sub-test, scaled scores for each sub-test. Also, a profile of abilities.

Test	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age Group	Administration	Time	Scores
Bender Gestalt Test for Young Children	GS	1966		To evaluate visual-motor functioning in children	All children aged 5 to 10 years of age.	Individually administered. Requires training in test administration.	About one hour.	Compares children with other children with the same C.A. or compares a child with other children at same maturation level in visual-motor perception
Benton Visual Retention Test	PC	1963	A	This test is a clinical and research tool designed to assess visual perception, visual memory and visuo-constructive abilities.	Children and adults	Individually administration. Administration is simple, interpretation is a bit more complex.	About 1 1/2 hours.	Number of correct reproductions and error analysis.
Developmental Test of Visual-Motor Integration	FEC	1967	B	A measure of the complex skill, visual-motor integration. this is the ability to use, in an integrated fashion, visual and motor skills. Also, provides a separate assessment of visual perception and motor performance. Designed to facilitate educational programming. The visual-motor integration skill is highly correlated with ability to read.	Can be administered to children aged two through fifteen. However, it was designed primarily for preschool and early primary grades.	Group or individual administration. Not necessary to have formal training in test administration.	About 15 - 30 minutes.	Visual-Motor integration [illegible] alent. This is compared to the child's chronological age.

Test	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age group	Administration	Time	Scores
Developmental Test of Visual Perception	CPP	1966	B	A measure of five operationally defined visual perceptual skills. May be used as a screening device for primary aged children or as a clinical evaluative instrument for older children with learning problems. Can be individually or group administered.	Four to eight years olds.	Should be administered and scored by an experienced examiner.	30 - 45 min. for individual administration. About one hour for group administration.	Perceptual age scores, scaled scores and perceptual quotient.
Goldman-Fristoe-Woodcock Test of Auditory Discrimination	AGS	1970	C	The test is designed to provide measures of speech-sound discrimination ability, relative unconfounded by other factors. It provides a measure of auditory discrimination under ideal listening conditions plus a comparative measure of auditory discrimination in the presence of controlled background noise.	Test is designed for children as young as four years of age. However, it can also be used with adults.	Individual or group administration. Administration requires a minimum of preparation and training for the examiner.	About 20 minutes.	Percentile rank and T-scores. Also, analysis of errors.
Slingerland Screening Tests for Identifying Children with Specific Language Disability	EPA	1968	B	Designed to identify children with perceptual-motor behavior problems and to identify the probable perceptual-motor difficulty.	Children in grades one through four.	Group and individual administration.	About 45 minutes.	Total errors. Scoring is subjective. No norms.
Wepman Auditory Discrimination Test	LRA	1958	A	To determine the child's ability to recognize the fine differences that exist between the phonemes used in English speech.	Children over 5 years of age.	Individually administered. Requires no special training in test administration.	About 5 minutes.	Problems are determined by the number of errors made.

Test	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age group	Administration	Time	Scores
Lincoln-Oseretsky Motor Development Scale	SHS	1954	D	Designed to test motor ability of children. It is an individually administered scale involving both unilateral and bilateral motor tasks. Should be of value to and interest to those concerned with the individual child in clinics, schools, institutions and in private practice.	Children between ages of 6 an 14.	Individual administration. Does not require formal training in test administration. The examiner should be throughly familiar with the test.	Less than one hour	Percentiles.
The Purdue Perceptual-Motor Survey	CEM	1966		An instrument developed to assess qualitatively the perceptual-motor abilities of children in early grades. Useful for planning a perceptual-motor training program for individual children. There are 11 subtests.	Primarily for children aged 6 to 9 years. However, whenused as a clinical tool it is appropriate for all age groups.	Requires no special training in test administration. Scoring is somewhat subjective.	About 40 - 60 minutes.	Subjective rating of performance.
Devereux Elementary School Behavior Rating Scale	DF	1967	A	The scale was designed to provide a profile of 11 dimensions of overt classroom behavior problems. Nine of these problem behaviors have been shown to interfere with academic achievement. The other two facilitate academic achievement.	Elementary school children.	Rating is done by the child's classroom teacher. Not necessary to have formal training in test administration.	About 15 - 30 minutes.	Raw scores, interpretation is subjective.

Test	Pub.	Date	Cost	Purpose	Age Group	Administration	Time	Scores
Mills Learning Methods Test	MC	1964	B	To aid the teacher in determining the student's ability to learn new words under different teaching procedures (Visual procedure, phonic procedure and combination procedure). Basically, it is a series of teaching lessons with testing to determine immediate and delayed learning and the appropriateness of the various methods for different individuals.	Content covers primer to third grade level.	Does not require formal training in test administration.	Must be administered on five consecutive days. 30 minutes each day.	Raw scores, interpretation is subjective.

Publisher's Code

AGS American Guidance Service
Publishers Building
Circle Pines, Minnesota 55014

CEM Charles E. Merrill Publishing Co.
Columbus, Ohio.

CHS C.H. Stoelting Company
424 North Homan Avenue
Chicago, Illinois 60624

CPP Consulting Psychological Press
577 Collage Avenue
Palo Alto, California 94306

CTB California Test Bureau
Manchester Road
Manchester, Missouri 63011

CTD Cooperative Test Division
Educational Testing Service
Princeton, New Jersey 08540

DF Devereux Foundation
Devon, Pennsylvania

EPS Educators Publishing Service Inc.
75, Moulton Street
Cambridge, Mass 02138

FEC Follett Educational Corporation
1010 W. Washington
Chicago, Illinois 60607

GA Guidance Associates
1526 Gilpin Avenue
Wilmington, Delaware

GS Grune and Stratton
New York, New York

HBW Harcourt, brace and World
Test Department
737 Third Avenue
New York, New York 10017

HMC Houghton Mifflin Company
6626 Oakbrook Blvd,
Dallas, Texas 75235

LRA Language Research Associates
175 East Delaware Place
Chicago, Illinois 60611

MC The Mills Center
1512 East Broward
Fort Lauderdale, Florida

PC Psychological Corporation
304 East 45th Street
New York, New York

SEP Slosson Educational Publications
140 Pine Street,
East Aurora, New York

TCP Teachers College Press
Teachers College, Columbia University
New York, New York 10027

UIP University of Illinois Press
Urbana, Illinois

Cost Code

A.	$ 1	-	$ 10
B.	11	-	20
C.	21	-	30
D.	31	-	40
E.	41	-	50
F.	51	-	60
G.	61	-	70
H.	71	-	80
I.	81	-	90
J.	91	-	100

Subtest descriptions

Auditory Discrimination

This is the ability to discriminate differences in various speech sounds. Deficits in speech-sound discrimination have been suggested to have great effects in developing oral or written language.

Tests measuring this skill:
1. Goldman-Fristoe-Woodcock Test of Auditory Discrimination
2. Wepman Test of Auditory Discrimination

Visual Perception

This is the ability to perceive similarities and differences in visually presented forms. Difficulties in visual perception have been noted in many children who have difficulty learning.

Tests measuring this skill:
1. Frostig Developmental Test of Visual Perception
2. Developmental Test of Visual-Motor Integration
3. Valett Developmental Survey of Basic Learning Abilities
4. Slingerland Screening Tests for Language Disability
5. Perdue Perceptual Motor Survey

Eye-Motor Coordination

The ability to integrate a visual perception and motor performance. An example would be to draw a continuous line between boundaries. This skill has been shown to have a high correlation with reading.

Test measuring this skill:
1. Frostig Developmental Test of Visual Perception
2. Developmental Test of Visual-Motor Integration
3. Bender-Gestalt Test for Young Children
4. Valett Developmental Survey of Basic Learning Abilities
5. Benton Visual Retention Test
6. Slingerland Screening Test of Language Disability

Figure-Ground Perception

The ability to detect intersecting and hidden geometric forms in increasing complex backgrounds. A disability here is often seen in children who cannot recognize words.

Test measuring this skills:
1. Frostig Developmental Test of Visual Perception

Constancy of Shape

This ability to recognize certain figures presented in a variety of sizes, shadings, textures, and positions in space, and their discrimination from similar figures. Often, a disability here is seen in children who have difficulty recognizing a letter or word when it is written in different sizes or colors.

Tests measuring this skill:
1. Frostig Developmental Test of Visual Perception

Position in Space

The ability to discriminate reversals and rotations of figures. Children with a deficit often produce letters and words in "mirrow writing".

Tests measuring this skill:
1. Frostig Developmental Test of Visual Perception

Spatial Relationships

The ability to analyze simple forms and patterns and reproduce them by connecting dots.

Tests measuring this skill:
1. Frostig Developmental Test of Visual Perception

Tracing

The ability to follow a line with a pencil.

Tests measuring this skill:
1. The Developmental Test of Visual-Motor Integration

Tactual Kinesthetic Sense

The ability of the child to move his hand in a controlled manner, to recognize movements of his own hand, and to be able to recognize where and when he is being touched.

Tests measuring this skill:
1. Developmental Test of Visual Motor Integration
2. Valett Developmental Screening of Learning Abilities

Motor Proficiency

The ability to make basic motor responses

Tests measuring this skill:
1. Developmental Test of Visual-Motor Integration

Language Development

The ability to use and manage effectively, the various skills of oral and written language.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities
2. Valette Developmental Survey of Basic Learning Abilities

Auditory Reception

The ability of the child to derive meaning from verbally presented material.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities
2. Detroit Test of Learning Aptitude

Visual Reception

The ability of the child to derive meaning from verbally presented material.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities
2. Detroit Test of Learning Aptitude

Auditory-Vocal Association

The ability to relate or manipulate ideas which one receives auditorally and expressed vocally.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities

Visual-Motor Association

The ability to manipulate visual symbols. Examples might be: visual classification, noting visual relationships, pairing opposites.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities

Verbal Expression

The avility to use verbal symbols to communicate ideas. This is done by describing objects, telling stories, etc.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities
2. Detroit Test of Learning Aptitude

Manual Expression

The ability to act out or pantomime ideas

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities

Grammatic Closure

The ability to handle language syntax and fill in missing parts of an expression.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities

Visual Closure

The ability to identify an object from an incomplete visual presentation.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Tests of Psycholinguistic Abilities

Auditory Sequential Memory

The ability to reproduce from memory digits presented orally.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities
2. Slingerland Screening Test for Language Disability

Visual Sequential Memory

The ability to produce sequences of nonmeaningful figures from memory.

Tests measuring this skill:
1. Illinois Test of Psycholinguistic Abilities

Concept Development

The ability of the child to understand basic concepts assumed to be familiar to children first entering school.

Tests measuring this skill:
1. Boehm Test of Basic Concepts

Concept of Space

The ability to understand concepts of location, direction, orientation, and dimensions.

Tests measuring this skill:
1. Boehm Test of Basic Concepts
2. Detroit Test of Learning Aptitude

Concept of Quantity

The ability of the child to understand basic concepts of quantity and number.

Tests measuring this skill:
1. Boehm Test of Basic Concepts

Concept of Time

The ability of the child to understand basic time relationships.

Tests measuring this skill:
1. Boehm Test of Basic Concepts
2. Detroit Test of Learning Aptitude

Comprehension and Reasoning

The ability to understand or comprehend problems with reasoning of relationships of elements to each other and to a total complex picture.

Tests measuring this skill:
1. Detroit Test of Learning Aptitude

Practical Judgement

An important psychological function in many learning situations. Refers to the ability to use speed, accuracy, and wisdom in decisions.

Tests measuring this skill:
1. Detroit Test of Learning Aptitude

Number Ability

Tests the ability to know simple number concepts.

Tests measuring this skill:
1. Detroit Test of Learning Aptitude

Auditory Sounds

The ability of the child to reproduce, auditorally, words and phrases spoken by another person.

Tests measuring this skill:
1. Slingerland Screening Tests for Language Disability

Auditory Learning

The ability to learn a series of new words taugh essentially through a phonic method of instruction.

Test measuring this skill:
1. Mills Learning Methods Test

Visual Learning

The ability to learn a series of new words taugh essentially through an instructional method that relies almost exclusively on the eye as a receptor and means of interpreting the printed symbol stimulus.

Tests measuring this skill:
1. Mills Learning Methods Test

Kinesthetic Learning

The ability to learn a series of new words taught essentially through an instructional method that focuses almost exclusively on writing and tracing.

Tests measuring this skill:
1. Mills Learning Methods Tests

Combination Learning

The ability to learn a series of new words taught through an instructional method using visual, auditory and kinesthetic channels.

Tests measuring this skill:
1. Mills Learning Methods Test

Motor Development

This refers to the ability of the child to demonstrate that he has acquired the requisite motor skills for his age.

Tests measuring this skill:
1. Lincoln-Oseretsky Motor Development Scale
2. Purdue Perceptual Motor Survey

Walking Board

Refers to the ability to maintain general balance while walking on a narrow board.

Jumpoing

Refers to the ability of the child to jump in a coordinated fashion.

Identification of Body Parts

This refers to the ability of the child to recognize and identify parts of his own body.

Obstacle Course

This refers to the child's ability to react spatially to objects in his environment.

Kraus-Weber

This refers to physical fitness, physical strength and muscular fitness.

Angel-in-the-Snow

Refers to the identification of limbs and movement of limbs in a coordinated fashion.

Chalkboard Exercises

Refers to the ability to make coordinated movements reflecting an awareness of directionally.

Rhythmic Writing

The ability of the child to perform a continuous, reproductive task.

Ocular Pursuits

Refers to the ability of the child to establish and maintain visual contact with a target.

Visual Achievement

The ability to reproduce certain geometric forms.

Classroom Disturbance

This refers to the extent wo which the child's behavior is active and disruptive in the classroom.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale
2. Quay Classroom Observation Instrument

Impatience

Refers to the extent to which children surge forward in their work, never looking back, or thinking about the quality of neatness of the product.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale.

Disrespect-Defiance

This refers to the extent to which the child manifests open disrespect for or resistence to the school, the subject matter, or the teacher.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale

External Blame

This refers to the extent to which the child expresses the feelings that it is external circumstances which are the source of this difficulties.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale.

Achievement Anxiety

This refers to an outward display of worry concerning the inability to meet achievement demands of the teacher or school situation.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale.

External Reliance

This refers to the degree to which the child is unable to make independant decisions, to hold opinions, and to take independent action.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale

Comprehension

This refers to the child having problems understanding the day-to-day work demands of the teacher and the curriculum.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale.

Inattentive-Withdrawn

This refers to a tendency on the child's part to lose contact with what is going on in the class.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale
2. Quay Classroom Observation Instrument.

Irrelevant-Responsiveness

This refers to the extent to which the child's verbal responses are irrelevant, intrusice, and/or exaggerated or untruthful.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale
2. Quay Classroom Observation Instrument.

Creative Initiative

This refers to the degree to which the child exhibits active personal involvement and positive motivation to contribute to the classroom learning situation.

Tests meauring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale.

Need for Closeness to Teacher

This refers to the extent to which children like to be close to, seek out, and offer to do things for the teacher.

Tests measuring this skill:
1. Devereux Elementary School Behavior Rating Scale.

Modèles d'interventions multidisciplinaires

INTRODUCTION

Depuis un certain nombre d'années, la plupart des milieux professionnels reconnaissent l'utilité d'intervenir sur l'enfant inadapté par le biais de plusieurs disciplines. L'enfant doit être vu comme un tout et notre société ultra-spécialisée nous oblige à recourir à plusieurs disciplines pour réaliser cette tâche. On a donc formé des équipes interdisciplinaires afin de satisfaire les besoins de l'enfant en évitant une duplication des services offerts. Avec l'appui de différentes théories et pratiques sur la prise en charge de l'enfant inadapté, quelques modèles d'interdisciplinarité ont été précisés.

Historiquement, les premiers modèles d'interventions interdisciplinaires nous proviennent des secteurs médicaux et paramédicaux. Ces modèles ont été repris en milieu scolaire puis modifiés selon l'importance que l'on accorde à leurs différents aspects.

Pour faire suite, des positions théoriques sont venues nuancer les modalités de fonctionnement des équipes interdisciplinaires. On retiendra parmi les plus importantes les modèles diagnostiques, behavioristes et écologiques. En relation avec ces différentes perspectives de travail qui modifient le fonctionnement interdisciplinaire, certains problèmes d'ordre pratique et théoriques émergent.

Les prochaines lignes ont pour but d'identifier ces problèmes parmi les différents modèles de fonctionnement interdisciplinaire retenus comme les plus représentatifs d'un courant de pensée donné.

Comme dans d'autres sphères de l'éducation, il faut noter qu'il y a peu d'information sur l'interdisciplinarité. De plus, les modèles discutés sont souvent incomplets et peu élaborés. Ainsi, il est rare de voir un modèle, parmi ceux consultés, expliquer les détails de son fonctionnement en partant de la prise en charge de l'enfant en passant par les étapes intermédiaires d'activités interdisciplinaires pour en arriver finalement à la résolution des problèmes de l'enfant. Des facteurs excessivement importants comme la définition des rôles professionnels ou les patterns de communication lors des réunions sont souvent omis ou très peu expliqués.

La présente recension retient donc un certain nombres de modèles qui de par leurs affinités communes peuvent être regroupés en trois grandes catégories: diagnostique, diagnostico-behavioriste et globale (environnement).

1.0 Le "Prescriptive Teaching Model".

Andrews (1975) le décrit comme étant "A typical prescriptive teaching model" (voir appendice A). Il comprend: a) une description initiale et un diagnostic des problèmes d'apprentissage, b) une spécification du traitement à employer, c) les objectifs du traitement et le traitement en soi, d) la vérification de la réalisation des objectifs. Un processus de rétroaction de l'information ob-

tenue est prévu pour la reformulation du premier diagnostic et des procédures d'intervention (incluant les objectifs de ces procédures).

C'est un modèle diagnostic dans sa forme la plus simple. Il faut cependant souligner sa lacune majeure: soit le manque d'information directe sur le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire. Ce modèle explique davantage le processus de l'intervention dans l'éducation spécialisée plutôt que les aspects organisation et description des fonctions du personnel impliqué dans ce même processus.

1.2 Le "Special education paradigm"

C'est un modèle développé par Kelly (1971: voir Andrews 1975) dont le postulat de base est que la fonction majeure de l'éducation spécialisée est la thérapie. Kelly (1971: voir Andrews 1975) souligne que la thérapie est une fonction d'interactions mutuelles entre le thérapeute, l'expertise générale du thérapeute, la connaissance du thérapeute des comportements et les besoins du sujet en soi

Il est possible de reprocher à ce modèle de ne pas faire mention des aspects institutionnels et organisationnels de l'éducation spécialisée. Les curriculum (contenu d'apprentissages individualisés en éducation spécialisée) ne sont pas assez clairement définis sauf peut-être dans les expertises professionnelles dont fait mention Kelly (1971). Andrews (1975) mentionne un aspect positif à ce modèle soit l'importance des aspects éducatifs-thérapeutiques en éducation spécialisée. En effet, Kelly (1971) considère que les aspects

scolarisation et thérapie se doivent d'être en mutuelle interaction pour que les facteurs d'adaptation de l'enfant soient maximisés. Enfin, Kelly (1971) met beaucoup d'importance sur l'expertise professionnelle en omettant l'explication du fonctionnement d'une véritable équipe interdisciplinaire.

1.3 Le "Structure-Process" (Rowland et McGuire, 1971) (Voir appendice C).

Deux grandes composantes identifient ce modèle proposé par Rowland et McGuire (1971). La première est la "structure". Elle comprend les agents culturels: la communauté, les professionnels, les programmes reliés à l'intervention, les pairs les parents, et l'unité d'opération (operating unit) qui est l'objet des activités des intervenants. Il s'agit soit d'un enfant soit d'une classe d'handicapés physiques ou d'une façon plus générale le programme d'activités scolaires d'une classe régulière.

La deuxième composante est l'aspect du "process" qui sont les buts ou objectifs faisant l'objet d'apprentissage (learning goals) chez l'enfant. Ils sont dérivés des objectifs personnels dictés par le concept de soi de l'individu et /ou des pressions culturelles imposées par les agents culturels. Ces buts et objectifs sont également dérivés du processus de "performance évaluation-renforcement" (voir appendice C). La performance ici est la réponse à la demande de l'environnement. L'évaluation est la mise en commun de la performance de l'enfant avec les objectifs visés. Le renforcement découle évidemment de l'évaluation.

Le modèle de Rowland et McGuire (1971) veut découvrir les processus psychologiques communs à toute situation d'apprentissage. Ils supposent que ces processus forment des séquences de comportements invariantes qui commencent avec une interaction dont l'organisme en cause (l'enfant) acquiert de l'expérience et rend ses comportements de plus en plus intelligents.

Ce modèle se prétend également universel de sorte que "les spécialistes du comportement" de n'importe quelle école de pensée devraient être capables de lui imposer leur conception (Rowland et McGuire, 1971). D'aspect behavioriste quoique se voulant universel, un tel fonctionnement nous suggère un déterminisme évident provenant des demandes de l'environnement. Par ailleurs, ce modèle met surtout l'emphase sur l'importance de l'action des professionnels intervenants.

Andrews (1975), souligne la nécessité de voir les deux composantes de "structure et process" comme une action globale et commune. On ne peut ainsi séparer ces deux éléments comme on ne peut séparer dans la même ligne de pensée, les aspects organisationnels des aspects éducationnels-thérapeutiques dans leur relation avec les processus psychologiques d'apprentissages. C'est une attitude très intéressante qui permet de mieux contrôler les changements d'attitudes à tous les niveaux d'interventions autant du côté des professionnels que du côté de l'enfant. Rowland et McGuire (1971) soulignent l'importance des parents, des agents culturels et des professionnels dans la formulation des objectifs d'apprentissage. Andrews (1975) souligne enfin une lacune profonde d'un tel fonction-

nement interdisciplinaire: un manque total d'information sur la manière dont ces professionnels fonctionnent ensemble à l'intérieur de l'"operating unit". Ces intervenants (parents, professionnels, environnement) étant un facteur clef dans la réalisation des apprentissages, il eut été souhaitable de savoir comment ils interagissent entre eux afin de comprendre la nature de leur action.

Conclusion

Il faut relever le manque important d'information sur la nature des approches interdisciplinaires décrites précédemment. Le reproche s'adresse davantage au "Structure process model" (Andrews, 1975) qui est une approche spécifiant l'importance des agents d'intervention.

Dans les deux premiers modèles "Prescriptive Teaching Model" et "Special Education Paradigm", Andrews (1975) relève que l'interdisciplinarité est basée sur l'évaluation diagnostique de chaque professionnel de l'équipe et que c'est précisément ce mode de fonctionnement qui impose une première limite et une compartimentation du rôle de la discipline concernée. L'approche interdisciplinaire peut se réaliser seulement lorsque nous assujetissons tous les aspects de l'éducation spéciale à un effort commun interdisciplinaire. C'est ce que nous appellerons le recouvrement interdisciplinaire. Il consiste dans le fait que chaque discipline possède un peu les notions des autres disciplines impliquées pour une meilleure complétion et unification de l'intervention.

Pour mieux comprendre les limites que Andrews (1975) a donné à ces trois modèles, il en propose un nouveau. A partir du canevas du "Prescriptive Teaching Model" discuté précédemment, Andrews (1975) y ajoute quelques notions pour une approche interdisciplinaire plus complète. L'équipe interdisciplinaire, dans les modèles traditionnels, effectue son intervention au niveau des procédures diagnostiques surtout. Selon Andrews (1975) le personnel éducateur doit être responsable de l'intervention. De plus, Andrews (1975) propose que l'équipe interdisciplinaire agisse à tous les niveaux d'intervention.

Pour la conception de ce modèle, Andrews (1975) suppose quelques principes de base tels que: a) la fonction majeure de l'éducation spécialisée est le processus éducatif, b) ce processus suppose un diagnostic initial précoce, les spécifications du traitement (prescription), le traitement en soi incluant les objectifs (intervention) et l'évaluation de tout le plan d'action, c) ces interventions supposent la rencontre de plusieurs disciplines ayant une façon d'opérer à long terme et systématiquement, d) chaque discipline doit être capable d'influencer les centres décisionnels d'intervention sur l'enfant, e) on ne doit pas favoriser de leadership d'une discipline par rapport à l'autre mais la responsabilité finale de l'éducation de l'enfant revient à l'école et à ses agents pédagogiques. Sur ce dernier aspect, Andrews (1975) maintient que pour favoriser un climat d'entente et de démocratie, il est nécessaire que chaque discipline soit sur un même palier.

Du point du vue du bon fonctionnement interdisciplinaire, Andrews (1975) voit quelques prérequis: a) chaque discipline doit participer à l'élaboration des objectifs précis chez l'enfant aidé; b) on doit spécifier les procédures à adopter à l'intérieur d'un programme d'intervention; c) toutes les disciplines doivent être au courant des types de renforcements adoptés lors du programme; d) chaque personne de l'équipe doit avoir une notion claire de ce que signifie un fonctionnement interdisciplinaire.

Sur ce dernier point Andrews (1975) mentionne que pour une bonne intégration au travail interdisciplinaire l'individu doit: a) avoir bien intégré les objectifs de base du programme concerné; b)reconnaître que la principale barrière au fonctionnement interdisciplinaire est l'attitude de "chasses gardées" professionnelle et la rivalité professionnelle; c) avoir une attitude de "communalité" de la connaissance et des habiletés entre les disciplines.

En guise de conclusion, Andrews (1975) mentionne les conditions essentielles à une bonne collaboration interdisciplinaire; a) chacun doit continuer à développer sa connaissance et son habileté dans son domaine respectif; b) les membres d'une équipe multidisciplinaire doivent laisser certaines de leurs fonctions à leur collègues; c) chaque personne partage son rôle avec les autres lorsqu'il est en meilleur position psychologique ou physique pour travailler dans un champ donné ou lorsqu'il est possible d'intégrer les apprentissages de deux ou plusieurs champs dans une même activité; d) chaque membres de l'équipe doit étendre son rôle de façon à pouvoir

effectuer les fonctions des autres professionnels de l'équipe;
e) chaque professionnel a le devoir de savoir si le meilleur traitement de sa discipline est disponible.

En guise de critique à ce modèle, on peut mentionner qu'il soulève les problèmes de relations humaines rencontrés lors de la formation d'équipe interdisciplinaire. Ce modèle peut être classifié comme appartenant aux modèles diagnostiques (dont nous analyserons les principales caractéristiques ultérieurement). Dans ces conditions, à une bonne collaboration interdisciplinaire, on remarque que Andrews (1975) favorise tellement le recouvrement interdisciplinaire qu'il peut s'ensuivre une certaine perte de l'identité professionnelle de chacun si, par exemple, le professionnel ne réussit pas à la préciser par le biais de la recherche. La recherche dans son domaine professionnel amène l'individu toujours à se préciser, à s'identifier davantage à sa profession. Si le professionnel n'a pas ou possède peu cette motivation, il devrait donc, si l'on suit le raisonnement d'Andrews (1975) être submergé par les identités professionnelles qui l'entourent.

Andrews (1975) mentionne également que tout membre de l'équipe doit posséder les techniques et fonctions des autres professions. La race humaine étant ce qu'elle est, il est difficile à prévoir qu'il n'y aura pas de profondes résistances aux changements dans la mise sur pied d'un tel modèle de relations interdisciplinaires.

2. Les modèles diagnostiques

Les modèles diagnostiques sont issus des fonctionnements interdisciplinaires médicaux. Ils sont gérés selon un système autocratique dont le leadership est assuré le plus souvent par un médecin. Toutes les professions y sont représentées mais les services et sous-services médicaux y sont naturellement plus nombreux. L'identification des besoins de l'enfant est faite au moyen des diagnostics propres à chaque profession de même que l'intervention. Cette intervention se fait donc sur un mode séparé de chaque profession à la différence que les actions de chaque professionnel sont coordonnées par l'équipe interdisciplinaire. Les objectifs de traitement sont ainsi décidés en équipe. Il est entendu que dans une telle optique, la priorité de traitement va au domaine médical.

Pour ce qui est d'éventuels modèles "diagnostiques" dont la priorité va au domaine scolaire, son fonctionnement est le même à la différence que sa gestion appartient à un cadre ou professionnel spécialisé du domaine de l'enseignement. La cueillette de l'information par voie de diagnostiques spécialisés demeure inchangée et les interventions sont gérées pour éviter la duplication des traitements et pour avoir un meilleur feedback des autres professions.

2.1 Le modèle d'Allen et Lelchuck (1966)

Le modèle d'Allen & Lelchuck (1966) est un "Comprehensive Care Program" qui est un modèle de fonctionnement interdisciplinaire américain très répandu ayant pour base une approche médicale.

Le "Comprehensive Care Program" est sous l'autorité administrative d'un pédiatre qui fait le lien entre le personnel professionnel, paraprofessionnel et les ressources de la communauté. Du point de vue structure un coordonnateur (le plus souvent une infirmière qualifiée en administration) supervise les procédures administratives et tout le cheminement général du patient suivi. Elle est le lien entre l'hôpital et les agences extérieures. Allen & Lelchuck (1966) prévoient une place importante aux services sociaux et psychologiques ayant le pouvoir d'intervention à tous les paliers de traitement pour maintenir une bonne intégration de l'enfant aux différents programmes. L'infirmière, principal intervenant de la section médicale, joue également un rôle important d'information sur la progression de l'enfant suivi.

Le processus de l'établissement des diagnostics est relativement simple et traditionnel. On prend d'abord le maximum d'informations en ce qui concerne le passé du patient. Chaque professionnel fait une première ébauche du diagnostic. Une première conférence interdisciplinaire entre pédiatres, internes et résidents en médecine, travailleurs sociaux, infirmières et psychologues cliniciens est tenue. On y trace les plans pour la cueillette d'informations supplémentaires et l'on note les premières observations. Suite à ces informations nouvelles provenant surtout de services et sous-services médicaux spécialisés, des investigations psychosociales sont reprises sur l'enfant et sa famille par méthode d'entrevues et de visites à domicile.

Lors du "staff conference" on fixera par la suite les objectifs de traitement en équipe. Les parents y seront présents et une

explication plus approfondie des propos discutés lors de la réunion sera entreprise par le travailleur social. Allen & Lelchuck (1966) ont beaucoup mis l'accent sur l'intégration des parents aux traitements, ce qui leur permet d'élaborer une sorte de continuité entre l'institution ou l'hôpital et le milieu familial. Les parents font donc figure de thérapeutes et une information adéquate leur est donnée pour qu'ils réalisent cette tâche en complément à l'équipe soignante.

Le "Comprehensive Care Program" (Allen & Lelchuck, 1966) se veut une des premières tentatives d'interdisciplinarité où l'on s'occupe également des parents dans les milieux médicaux américains. Son principe de gestion autocratique minimise les problèmes de communication en rendant le médecin "décisionnel". Le gros désavantage est que seul les besoins médicaux auront la priorité dans le traitement, les autres disciplines étant subalternes. On risque ainsi de s'éloigner fort des véritables besoins de l'enfant suivi par ce principe de gestion.

Le principe du diagnostic spécialisé empêche le recouvrement professionnel et favorise la "chasse gardée" professionnelle. Etant de gestion autocratique, on risque que certaines professions soient mises plus facilement de côté ne pouvant paraître à leur juste valeur.

Le modèle d'Allen & Lelchuck (1966) met l'école au niveau d'un service de la communauté d'où l'on peut tirer des informations pertinentes au mieux être de l'enfant. Aucun canal n'est prévu pour la communication interinstitution. Les professionnels du milieu scolaire ne font pas partie de l'équipe interdisciplinaire.

De par son fonctionnement et ses cadres, ce modèle s'avère très limité dans son action et ne tient compte que de certains aspects du comportement total de l'enfant. Ses limites en sont donc sérieuses et restreignent ainsi les possibilités d'adaptation à l'éducation de l'enfant handicapé.

3. Les modèles diagnostico-behavioristes

Dans cette section nous parlerons du modèle de Bateman & Frankel (1972), un modèle basé sur les principes de diagnostics professionnels avec une approche behaviorale de traitement. Ce modèle résume très bien le courant actuel de l'interdisciplinarité behaviorale en milieu d'enfance inadaptée.

Un autre modèle le "Comprehension Development Team Guide" nous démontre bien les procédures de prise en charge de l'enfance avec une philosophie plus "compréhensive" que behaviorale.

Enfin, nous parlerons de la tendance générale de la plupart des modèles américains en matière d'interdisciplinarité.

Ces modèles diffèrent passablement entre eux, nous les critiquerons et commenterons séparément.

3.1 Le modèle de Bateman & Frankel (1972)

Présentation

Ce modèle se veut avant tout "anti-étiquetage" et vise un meilleur rendement des potentialités présentes dans l'enfant. Par

"étiquettes" ne , on entend les grandes catégories d'handicapés et non la définition claire et précise des objectifs thérapeutiques.

D'approche avant tout éducative, il se veut considérer le champ médical comme un service à l'éducation. En utilisant l'approche behaviorale autant dans les termes techniques que dans les actions proprement dites, Bateman & Frankel (1972) disent fonctionner sur une base plus universelle que s'ils choisissaient la terminologie de l'éducation, de la psychologie ou de la médecine.

Ce modèle conceptuel, le "task oriented attitude" utilisé par les différents professionnels, met l'emphase sur la définition explicite des buts et objectifs des traitements et suit de très près les résultats des interventions. Cette approche "task oriented", en plus de faciliter l'échange des idées et informations, sert à clarifier le rôle des membres d'une équipe interdisciplinaire et à développer une relation de confiance entre le personnel. Ainsi, ce modèle suppose une relation très étroite entre les objectifs de traitement et les besoins de l'enfant de sorte que des composantes intermédiaires comme de lourdes procédures diagnostiques sont remplacées par l'action directe. On est aussi davantage en terrain éducatif qu'en terrain de traitement para-éducatif et médical.

L'approche selon Bateman & Frankel (1972), se doit d'être vue dans un processus de continuité de redéfinition et d'évaluation des objectifs; la réalisation de ceux-ci; se doit d'être en accord avec l'évolution de l'enfant.

Pour ce Bateman et Frankel (1972) décrivent un plan d'intervention: 1ère étape: l'identification du problème où chaque problème génère ses propres objectifs spécifiques et ses recommandations dans la manière de fonctionner de l'enfant afin de corriger son comportement. 2e étape: définition des objectifs précis. 3e étape: l'évaluation ultérieure ou de "feedback". Elle consiste en une évaluation du présent niveau de fonctionnement. Elle doit inclure la collection des données de base (descriptives et quantitatives) en ce qui concerne le présent taux d'occurrence des comportements observés. Dans cette étape, on utilise aussi des tests standardisés pour recueillir de l'information supplémentaire.

La 4e étape: l'intervention. Elle s'effectue lorsque l'équipe interdisciplinaire sait où elle en est exactement avec l'enfant. Les décisions prises en regard des informations recueillies mènent, par exemple, à utiliser le "counseling" avec l'enfant, les discussions de classe, à faire des rencontres avec les parents, institutionnaliser un système de renforcement juxtaposé aux progrès observés, proposer une instruction spéciale ou un placement, suggérer une médication, etc...

Dans tout ce processus, Bateman & Frankel (1972) soutiennent que la classe doit demeurer le lieu thérapeutique privilégié.

Du côté interdisciplinaire, le succès des interventions, repose sur le fait que les problèmes à résoudre pour chaque professionnel doivent être à la mesure de leurs compétences réelles. Ainsi, on voit mal un enseignant prescrire un E.E.G. à un enfant

infirme moteur cérébral ni un médecin déterminer les possibilités d'apprentissage et de développement intellectuel.

Comme figures administratives, les auteurs proposent un coordonnateur (psychologue, infirmière ou travailleur social) qui devra être familier avec les membres de l'équipe et qui a des connaissances suffisantes sur la nature des professions impliquées. Il se veut le lien entre tous les membres de l'équipe de même que les parents.

On met l'importance sur l'information et la formation des parents dans un tel modèle. Leur participation dans l'évaluation et la planification des programmes y est très importante. Ils doivent constamment être informés de la situation de leur enfant et doivent pouvoir compter sur les professionnels responsables le plus longtemps possible.

L'intégration des parents, vu par Bateman & Frankel (1972), apporte un élément intéressant à leur niveau de participation. En effet, le fait d'être solidement intégrés à cette optique behaviorale rend les parents plus compréhensifs de ce qui différencie leur enfant. Bateman & Frankel (1972) disent que c'est seulement après avoir compris les causes que les parents entrevoient le pronostic et la planification d'un traitement. En ce qui a trait au traitement éducatif, les résultats sont scientifiquement peu certains cependant les parents semblent davantage encouragés à penser en termes de prochaines étapes plutôt qu'en terme de décision ultime.

L'optique behaviorale nous donne donc un bon exemple de son influence sur l'accroissement de la motivation, non seulement de l'enfant traité, mais aussi des parents et même du personnel traitant.

Dans les aspects négatifs à reprocher au modèle de Bateman & Frankel (1972), on note en premier lieu le manque d'information sur la communication interdisciplinaire. Elle est peu élaborée et sa nature est imprécise.

On parle toutefois de coopération comme idéal à atteindre surtout. Un modèle d'optique behavioriste, de par son orientation et sa méthode devrait être en mesure d'opérationnaliser cette coopération ou du moins en tracer les lignes maîtresses.

Le plan d'intervention proposé ne spécifie pas, encore là, le "comment décide-t-on" du choix et de la profession responsable de tel type d'intervention donné. Le problème de la responsabilité de l'intervention en est un de relations humaines et est souvent l'objet d'une mésentente entre les différentes disciplines.

Ce qui arrive le plus souvent est qu'on accorde la priorité d'une intervention à une discipline par rapport à une autre et, de ce fait, on avoue ainsi une compétence moindre à cette dernière. Ce qui crée naturellement un climat de frustration et de tension à l'intérieur de l'équipe.

Bateman & Frankel (1972) propose que la "task oriented attitude" génère en soi une relation de confiance interprofessionnelle et une clarification des rôles professionnels. Le concept proposé reposant sur la pratique (task oriented), il est évident que les con-

sidérations théoriques propres à chaque discipline sont moins importantes pour la résolution des problèmes. Rappelons-le, toutefois, le processus de décisions pour déterminer le responsable de tel "task oriented" donné reste imprécis chez Bateman & Frankel (1972). Dans un fonctionnement optimum de l'équipe Bateman et Frankel (1972) maintiennent que les objectifs de traitement doivent être clairement définis.

De sérieuses réserves peuvent être envisagées en ce qui a trait à l'efficacité d'un tel modèle avec une clientèle difficile à diagnostiquer. Ce pourrait être le cas, par exemple, des infirmes moteurs cérébraux et des enfants multihandicapés.

Ce modèle, propose qu'il y ait une certaine gestion assurée par un coordonnateur. Le problème qui peut en découler en est un de subalternation qui aura pour conséquence un manque de démocratie. Mais tout bon fonctionnement interdisciplinaire se doit avant tout de "fonctionner" et l'expérience semble prouver qu'une gestion dynamique est nécessaire.

Pour ce qui est des aspects positifs du modèle de Bateman & Frankel (1972), on retient en premier lieu le concept de la classe comme "lieu thérapeutique priviligié." On tend à éviter l'anonymat de l'enfant malgré que l'optique behaviorale peut facilement avoir cette tendance. Par le biais d'un parrain, le plus souvent un membre de l'équipe interdisciplinaire, l'enfant y est encore mieux personnalisé. Bateman & Frankel (1972) accorde une importance particulière à l'intégration des parents dans les programmes éducatifs et thérapeutiques de l'enfant.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les procédures de renforcement ont un effet certain non seulement sur l'enfant mais aussi sur le personnel professionnel comme pour les parents. Du point de vue administratif, il s'avère une excellente méthode de contrôle des activités professionnelles du rendement et de l'efficacité des interventions. C'est un modèle qui se veut efficace et qui amène une plus grande exigence professionnelle et une optique perfectionniste.

Enfin, le "task oriented attitude" demeure une très bonne optique pour être en contact avec les besoins immédiats et secondaires de l'enfant. Une telle optique pourrait même s'approcher des objectifs visés par les modèles de l'environnement dont nous parlerons ultérieurement.

Le modèle diagnostico-behavioral de Bateman & Frankel (1972) est d'optique déterministe et suppose un fonctionnement plus incertain si son objet d'étude est difficile à identifier. Mais les canaux favorisant la recherche du meilleur traitement possible du comportement observable sont bien établis et demeurent des atouts précieux pour un meilleur rendement.

Pour ce qui est de la définition des rôles professionnels, elle sera toujours difficile à aplanir en raison même de la formation professionnelle qui se veut dans notre siècle ultra-spécialisée. Très peu d'écoles professionnelles forment leurs étudiants au travail interdisciplinaire et le problème en serait beaucoup moins important dans les propos discutés ici si une telle formation était dispensée aux professionnels pédagogiques, para-médicaux et médicaux.

Le modèle de Bateman & Frankel (1977) comme celui d'Andrews (1975), propose une attitude de recouvrement professionnelle tout en favorisant la recherche dans sa discipline professionnelle propre. Il devrait être difficile, à la suite d'une attitude de recherche sérieuse, de ne pas avoir ce sentiment d'identité professionnelle.

3.2 Le "Comprehensive Developmental Team Guide" (C.D.T.)

Le "Comprehensive developmental team guide" (Pokorni 1977) est une forme de fonctionnement interdisciplinaire reliée aux besoins de l'enfant qui a été mis sur pied dans le programme "Head Start". Il se veut une façon, de répondre aux besoins de l'enfant, de maximiser son potentiel, et d'intégrer les enfants qui ont des besoins spéciaux à un programme régulier d'enseignement. Son optique d'intervention n'est pas behavioriste en soi au sens où l'on procède par comportement observable, mais ce modèle s'avère un excellent exemple de fonctionnement interdisciplinaire dans les opérations subthérapeutiques des modèles diagnostico-behavioristes décrits dans ce travail.

Par "comprehensive", on vise à cerner tous les aspects de la croissance et de la vie de l'enfant. Cette approche se doit d'être interdisciplinaire vu qu'aucune profession particulière ne peut remplir cette tâche multivariée. Par "developmental", on entend le respect des stades d'évolution d'un enfant afin de lui juxtaposer les apprentissages qui correspondent à ce stade.

L'équipe a pour fonction d'identifier, de répertorier et d'évaluer les potentialités des enfants pour fixer des programmes

adéquats à leurs possibilités d'apprentissage. Comme dans la plupart des modèles décrits précédemment, on maintient la perspective du "Whole child concept".

La philosophie du C.D.T. (Pokorni 1977) repose sur deux points: l'enfant a plus davantages à être suivi par un programme interdisciplinaire "comprehensive" qui couvre tous ses besoins et la famille peut être plus facilement intégrée aux programmes de l'enfant. Le C.D.T. (Pokorni 1977) est d'abord basé sur l'évaluation des enfants que fait chaque professionnel dans sa discipline respective: l'éducation, la santé, les services sociaux, le milieu familial et les ressources locales.

L'équipe interdisciplinaire doit s'assurer: que les objectifs visés pour l'enfant sont approuvés par les professeurs responsables, que chaque discipline est informée de ce que les autres font, que chaque discipline a droit de modifications d'une intervention d'une autre discipline, que les parents participent et que les canaux de "feedback" sur les programmes entrepris sont en place. Une chose importante à souligner: les parents sont considérés comme les premiers intervenants dans la réalisation des programmes. Dans les décisions de l'équipe, on devra donc favoriser la mobilisation des ressources disponibles pour supporter les parents et les professeurs dans leurs interactions avec l'enfant.

Le C.D.T. est doté de 6 tâches importantes:

1) identifier les besoins spéciaux de l'enfant, tâche qui sera entreprise par l'équipe interdisciplinaire.

2) conduire à une évaluation "comprehensive" des besoins spéciaux de l'enfant.

3) planifier les activités pour l'école et la maison.

4) mettre les plans d'activités en action.

5) réviser et évaluer les progrès de l'enfant.

6) opérer une transition appropriée lorsque l'enfant change de cadre éducatif ou thérapeutique.

Pour réaliser ces tâches, le C.D.T. propose plusieurs étapes:

1) Etablir l'équipe interdisciplinaire: on devra déterminer le noyau de l'équipe (les disciplines impliquées) et décider d'un responsable.

2) Rendre l'équipe fonctionnelle: on rencontre les professeurs et les parents pour leur expliquer les buts visés par le C.D.T.

3) Sélectionner les enfants: choix des techniques de sélection des enfants. Elaboration des critères de sélection des enfants qui seront pris en charge et identification de leurs besoins spéciaux qui seront discutés par le C.D.T.

4) Evaluation en profondeur des besoins de l'enfant: on s'assure de la coopération des parents. Les professeurs devront faire des observations. On devra recueillir toutes les données pertinentes sur l'enfant (tests diagnostiques, échantillons de travail de l'enfant, etc...). On pourra recourir à d'autres spécialistes si nécessaire. On accentue sur l'observation "in vivo" de l'enfant dans les sphères concernées.

5) Développer un plan pour les besoins spéciaux de l'enfant: à travers les rencontres d'équipe, on discute des données pertinentes sur l'enfant et on voit à recueillir de l'information supplémentaire si c'est nécessaire. On élabore le "comprehensive plan" et on donne les attributions à chaque membre de l'équipe.

6) Rendre le plan effectif: on informe les parents du compte rendu de l'équipe. Les parents doivent être assistés dans leurs interventions avec l'enfant s'il est référé ailleurs. On assiste chaque personne qui a rapport avec l'enfant suivi.

7) Evaluer le progrès de l'enfant: on réévalue le plan d'intervention et on le modifie s'il y a lieu.

8) Assurer une continuité: on planifie la transition d'un enfant du programme "Head Start" aux écoles publiques régulières.

Ainsi l'intervention du C.D.T. se fait sur une base cyclique:

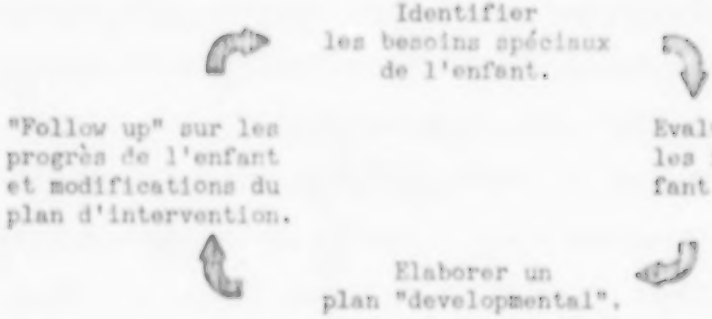


Figure 1: Intervention "cyclique" du C.D.T. (Pokorni 1977)

Le C.D.T. est avant tout une équipe interdisciplinaire de spécialistes dont la fonction tend davantage à la gestion qu'à la thérapie directe par ses membres. Les étapes d'intervention, en

partant de la sélection jusqu'à la mise sur pied d'un plan d'action sont très bien détaillées et opérationnalisées.

De par sa volonté d'intégration des parents et des professeurs ou de tout autre intervenant direct, le C.D.T. propose une excellente façon de suivre globalement l'enfant. Les structures de "feedback" suffisantes en font un modèle qui se veut très renseigné sur les progrès de l'enfant.

En plus des parents, un système de parrainage est également proposé, ce qui permet une meilleure compréhension de l'enfant dans les différentes sphères de fonctionnement. De plus, le C.D.T. (Pokorni 1977) propose une attitude très positive dans son intervention avec l'enfant. On met davantage l'emphase sur les possibilités de réussites de l'enfant plutôt que sur l'identification de ses faiblesses.

Comme nous l'avons dit au début de la présentation de ce modèle, le C.D.T. n'opère pas sur une base behaviorale cependant au moyen d'une grille "comprehensive", on note les observations comportementales dans le but de faciliter une attitude positive à l'égard des potentialités de l'enfant. Cette notion de "comprehensive" est très large et mal définie laissant beaucoup de place à la subjectivité. En plus d'emmener possiblement une certaine imprécision dans l'élaboration des objectifs, ce modèle a le désavantage majeur de ne pas favoriser un langage commun interprofessionnel.

Le principe de fonctionnement interdisciplinaire proposé par le C.D.T. s'appuie sur la nécessité d'une attitude de bonne volonté d'entente de la part des professionnels et paraprofessionnels impli-

qués. On ne précise pas les canaux de communication que peuvent employer les membres. Toutefois, le problème est d'une grande importance en milieu pratique et aurait avantage à être précisé surtout en ce qui a trait au processus interdisciplinaire de formation des objectifs éducatifs proposés chez un enfant donné. Le même problème se pose aussi lors de la nécessité des interventions professionnelles et ce, dans un but d'économie des ressources et de non-duplication des services disponibles.

Le C.D.T. (Pokorni 1977) est un modèle de fonctionnement interdisciplinaire bien géré qui couvre la totalité des étapes de prise en charge et d'intégration. Son mode de fonctionnement administratif est clair et les étapes d'implantation d'un tel système sont très bien définies. Les rôles professionnels et surtout administratifs y sont très bien décrits. Les parents et intervenants directs font partie de l'équipe mais subissent jusqu'à un certain point, les recommandations de l'équipe professionnelle. Le C.D.T. étant une entreprise d'envergure, il y aurait certes un léger travail à faire pour la rendre un peu plus "familiale".

Par son attitude "compréhensive" le C.D.T. se veut près des besoins de l'enfant. Le concept théorique a sa valeur quoique comportant certains désavantages comme la subjectivité des propos influençant l'efficacité de l'équipe. Cette notion aurait donc avantage à être opérationnalisée précisément dans les étapes de formation des objectifs.

5. Les modèles écologiques

Ces modèles tendent à favoriser l'action de l'environnement dans une perspective dépassant l'action des intervenants directs. Les ressources du milieu font l'objet d'une partie intégrante et essentielle de la composition de ces modèles.

Ces modèles, en plus de favoriser l'implication des professionnels comme agents actifs du changement de l'enfant, insistent sur le contrôle des ressources de l'environnement total.

Le premier modèle, celui de Deno (1970), remet en cause les structures actuelles scolaires proposées par la société. Celles-ci, devraient être simplifiées pour favoriser le mieux-être de l'enfant et l'enfant devrait être continuellement suivi tout le long de son cheminement à travers ces structures.

Le deuxième modèle, celui de Thomas et Marshall (1977) met l'emphase sur la flexibilité des programmes thérapeutiques et éducatifs. Partant du fait que l'environnement et l'enfant sont en perpétuel changement ce modèle propose un système d'élaboration des programmes qui se veut adapté à tout changement de la situation de l'enfant.

5.1 Le modèle de Deno (1970)

Ce modèle remet profondément en cause les modes d'intervention actuels en enfance inadaptée. En précisant les lacunes actuelles de la société, il propose un mode d'intervention basé sur la maximization des ressources du milieu en tenant compte des besoins individuels de chaque enfant.

En présentant son modèle, Deno (1970) souligne des aspects critiques importants à l'approche diagnostique. Selon elle, l'approche diagnostique coûterait plus cher dans son fonctionnement. En effet, ce modèle fonctionnant sur une base descriptive du comportement de l'enfant, on peut mieux mettre des "étiquettes" sur les enfants. En termes administratifs, les requêtes des subventions sont plus faciles à acheminer puisqu'elles réfèrent à des besoins qu'on a précisés et catégorisés au préalable. Deno (1970) soulève le problème de l'"étiquettage" des enfants handicapés comme étant une attitude sécurisante pour les professionnels travaillant dans ce milieu. En se basant sur la catégorisation diagnostique des comportements de l'enfant il est possible que les habiletés professionnelles des intervenants sont moins remises en question puisque les interventions nécessaires sont prescrites à l'avance. Donc, un modèle sécurisant pour les professionnels en cause, de par sa non-remise en question des aptitudes et du rendement professionnelles et de par les facilités administratives qu'il procure.

Deno (1970) soutient que cette catégorisation de l'enfant nous éloigne de la perception réelle des besoins réels de chaque enfant. Dans son modèle Deno (1970) propose que l'éducation spécialisée soit conçu comme étant un instrument de facilitation du changement éducatif et du développement des meilleurs méthodes pour rencontrer les besoins d'apprentissage spécifiques à chaque enfant.

En soulignant la précarité du principe d'intégration proposé par la politique nord-américaine, Deno (1970) fait mention du

danger que l'enfant soit abandonné si ces possibilités d'adaptation ne répondent pas à la demande de son nouvel environnement. Ainsi, la philosophie générale que sous-tend le modèle de Deno (1970) est de revenir aux besoins intrinsèques de l'enfant et non à ceux de la société et des systèmes scolaires.

Pour répondre à ces objectifs, Deno (1970) suppose que l'éducation spécialisée doit être organisée de tel sorte que son programme d'évaluation continu soit une partie inhérente et fondamentale de son "modus operandi".

Donc une réévaluation constante de l'action face aux besoins changeants de l'enfant. On refute les principes de diagnostiques traditionnels tout en accordant une importance nécessaire aux évaluations professionnelles génératrices d'actions directes.

Pour fins de sélection de la clientèle, Deno (1970) propose un système "Services en cascade" (voir Appendice D) qui permet de juxtaposer les besoins de l'enfant aux ressources qui lui correspondent dans un programme d'enseignement. Le professeur y est l'élément clef et sa responsabilité essentielle. Par le "performance-assessment-feedback" l'intervenant est dans un processus continu d'établissement et de vérification d'hypothèses qui pourrait même l'amener, selon Deno (1970), à des construits théorique.

Ce "performance-assessment-feedback" doit se réaliser sur cinq sphères distinctes. (voir Appendice E).

1) Les objectifs constitutionnels qui sont définis en termes de mission sociale des services d'éducation spécialisée

par rapport aux autres responsabilités assignées à d'autres services.

2) Les objectifs d'intervention individualisés définis en termes d'habiletés socialement importantes à acquérir et que l'individu est capable d'apprendre.

3) Les aptitudes de l'enfant (suivant son histoire personnelle et son potentiel d'appréhension).

4) La sélection et l'application des procédures d'intervention sont défini en termes de buts prescrits pour un traitement individuel et dont les effets sont prévus en ce qui a trait à la manipulation des variables de l'environnement.

5) L'évaluation continu des apprentissages est effectuée en termes d'amélioration des habiletés de l'enfant.

Deno (1970) ne fait pas mention spécifique du fonctionnement interdisciplinaire dans son modèle. Le professeur y occupe toutefois une position hiérarchique stratégique et il doit être le principal intervenant sur toutes les sphères d'intervention auprès de l'enfant. Se voulant individualisé et personnalisé, la non-fragmentation des services amène la nécessité d'une haute compétence dans le plus grand nombre de domaines d'interventions. Comme le souligne Deno (1970), des réactions du type d'un désengagement ou d'un retour au modèle diagnostique traditionnel sont à prévoir de la part des professeurs.

Le "performance-assessment-feedback" est une attitude certes à retenir dans le modèle Deno (1970) mais demeure extrêmement

vague et imprécise dans sa réalisation concrète.

Quoique décrivant très bien le modèle actuel de l'éducation spécialisée dans notre société, le modèle de Dono (1970) est surtout axé sur les attitudes dominantes que l'éducation spécialisée doit posséder.

2. Le modèle écologique de Thomas et Marshall (1977)

Présentation

Il s'agit d'un modèle d'intervention en quatre phases visant à évaluer et à coordonner les services pour enfants handicapés. On maximise l'importance de l'environnement dans cette perspective en partant du principe que l'environnement doit s'adapter à l'handicapé. Comme principe d'adaptation, on soutient que le succès avec lequel une personne réalise les défis de sa vie dépend de son habilité à atteindre un équilibre fonctionnel entre ses habitats sociaux et physiques.

La nécessité du contrôle de l'environnement repose sur le fait que les habitats du système sont interreliés entre eux et l'enfant, de sorte qu'une modification dans une sphère précise amène des changements dans d'autres sphères et naturellement sur l'enfant.

La participation des parents est un élément clef de ce modèle. La perspective écologique suppose donc que la famille pourra participer à faciliter l'interaction de chaque composante

(médicale, éducative et familiale) dans le programme de réhabilitation de l'enfant.

L'intervention écologique (voir Appendice D) se divise en quatre phases: 1) cueillette de l'information. 2) mise en commun et organisation de l'information. 3) mise sur pied du programme initial. 4) réévaluation périodique continu et modification du programme selon les besoins.

Les facteurs importants de l'adaptation de l'enfant au programme d'intervention prescrit sont: l'état actuel de l'handicapé, la famille, les services médicaux et les services d'éducation.

Pour maintenir cette perspective d'action, on utilise comme dans la plupart des modèles décrits antérieurement, le "Whole child concept" et la nécessité de l'interdisciplinarité dans les interventions. S'appuyant sur le fait que les interrelations entre l'environnement et l'individu sont extrêmement variables dans le temps, l'accent est mis sur la très grande flexibilité des programmes.

Pour ce qui est de la famille, le modèle écologique soutient qu'elle est probablement le facteur de succès le plus important dans le processus d'adaptation de l'enfant. Donc, la famille n'est pas inactive dans l'équipe interdisciplinaire mais fait l'objet d'un support et d'une attention très particulière. C'est au travailleur social que revient le rôle du support direct à la famille. Le modèle écologique prétend également que pour être plus efficace, il faut reconnaître que les parents des enfants handicapés ont aussi des besoins et il faut en tenir compte de façon active. De même

que pour les enfants handicapés, on prend les parents "là où ils sont". On peut arriver, selon Thomas et Marshall, 1977, à modifier le programme de l'enfant en fonction du stade d'évolution des parents.

Le modèle écologique accorde une importance particulière à la prise en considération des besoins médicaux de l'enfant qui font souvent l'objet de prérequis à toute autre activité d'adaptation.

On accorde également une très grande importance, à l'utilité des contacts serrés avec les ressources de la communauté.

La force d'un tel modèle réside dans l'intégration de l'environnement total de l'enfant afin d'informer et d'intervenir dans la réalisation des objectifs individuels de l'enfant. La très grande flexibilité des programmes permet aussi de toujours être près des besoins immédiats de l'enfant.

L'intervention interdisciplinaire est peu décrite dans ce modèle. L'intervention professionnelle se fait de façon traditionnelle et les moyens de palier aux problèmes de communication interprofessionnelle y sont omis. De plus, on ne mentionne pas de prérequis propre aux relations interdisciplinaire tel le recouvrement professionnel ou l'information sur le rôle professionnel propre à chaque discipline.

Il en demeure pas moins que ce modèle possède des facultés d'adaptation très grandes face à n'importe quelle situation. Il peut oeuvrer dans une multitude de milieux et s'adresser à une

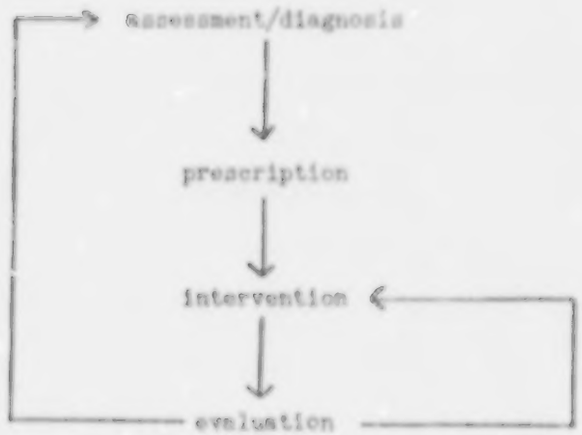
clientèle très variée tout en restant très près des besoins de celle-ci. L'intégration totale du milieu familial aux programmes d'intervention est également un atout précieux du modèle écologique.

En résumé, on peut dire que les principes de bases qui sous-tendent le modèle écologique sont extrêmement valables. Ils sont axés sur une philosophie de l'intervention par le contrôle de l'environnement. De par son optique écologique, il contribue grandement à l'individualisation de la prise en charge de la clientèle desservie.

Malgré sa faiblesse au sujet de l'élaboration de l'interdisciplinarité, c'est un modèle suffisamment adapté auquel l'on peut juxtaposer des principes et pratiques provenant d'autres modèles d'interdisciplinarité sans difficultés majeures.

APPENDICE A

A Prescriptive Teaching Model



APPENDICE B

A special education paradigm

In defining "therapy" Kelly (1971) uses this statement.

Therapy = (f) O ⇔ Kto ⇔ K_s S-exp ⇔ Fis ⇔ t.m. ⇔ S

The components of the statement are defined as follows:

⇔ — interaction between the six interactional components

(f) — function of

O — observer as therapist

Kto — the general therapeutic expertise of the observer (the most important factor in the statement)

K_s S-exp — knowledge of the subjects' self-experiences (both observable and inferred behaviours)

Fis — the familial influences on the subject

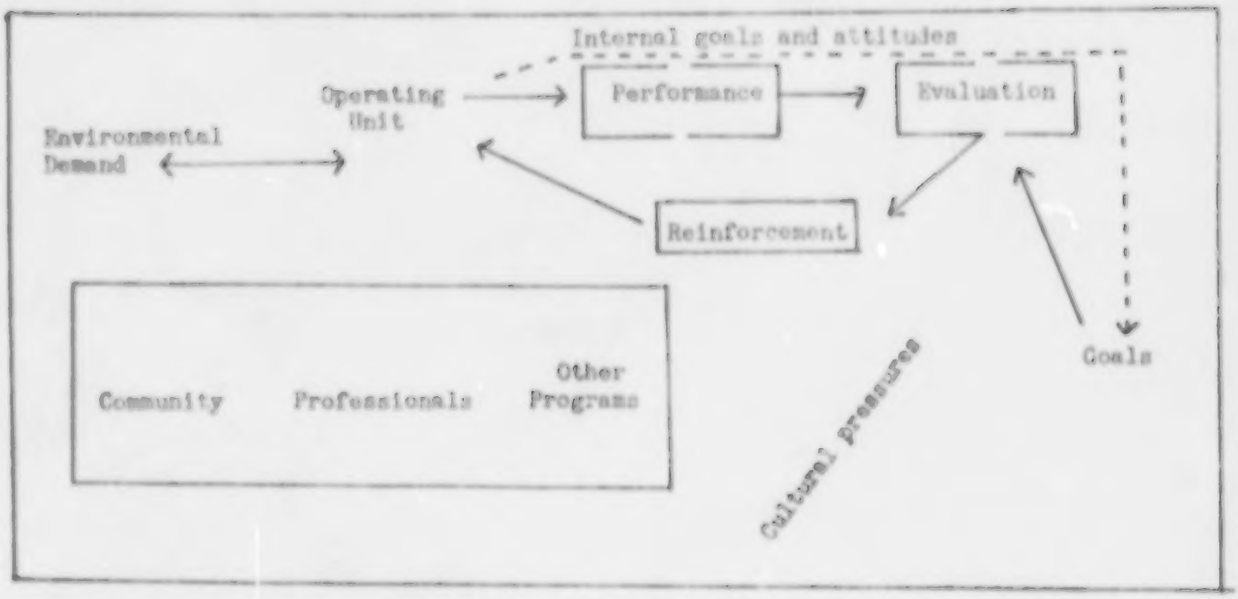
t.m. — the therapeutic milieu (the total setting for therapy)

S — the subject

APPENDICE C

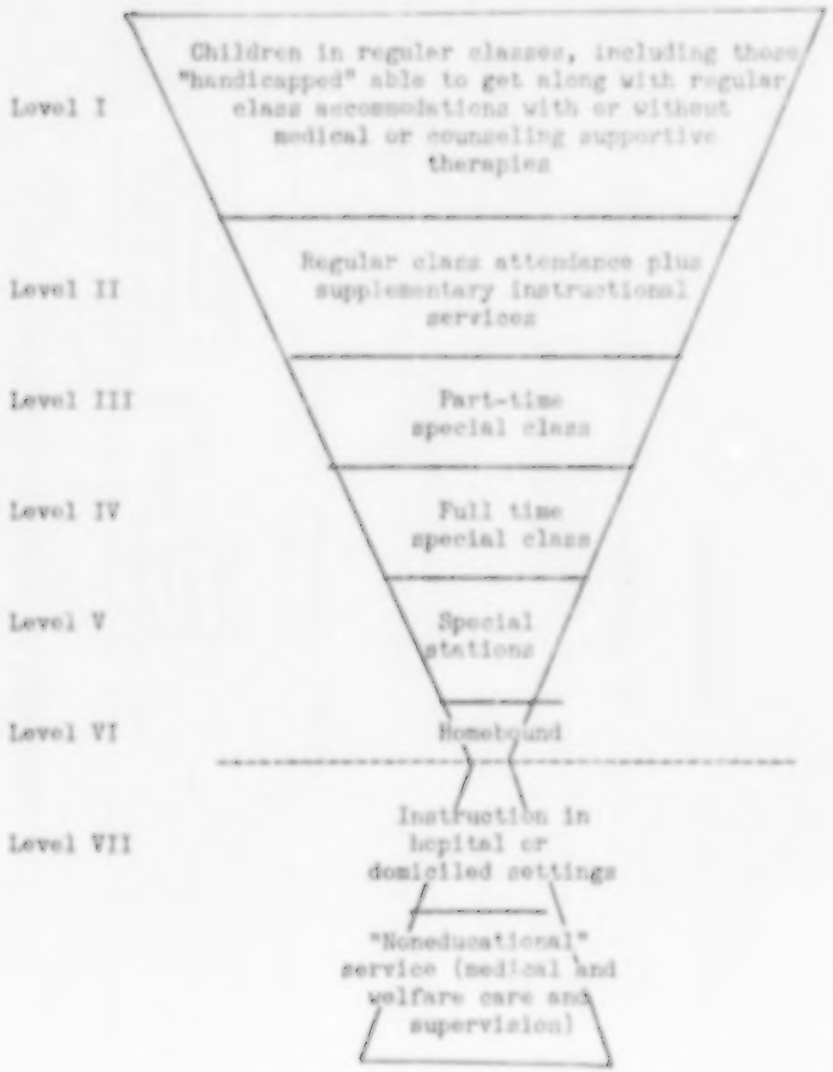
The structure - process model

(Rowland and McGuire, 1971; adapté de Connor, 1974)

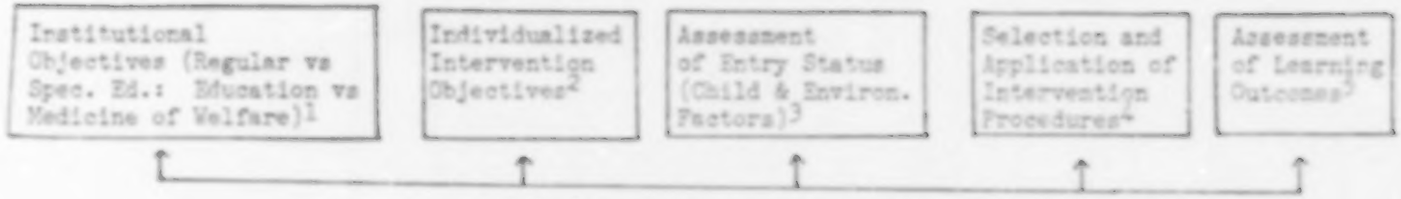


APPENDICE D

The cascade system of special education service.



Proposed Special Education Teaching Model



1 In terms of the socially defined mission of the special education service delivery system relative to the responsibilities assigned to other helping service systems.

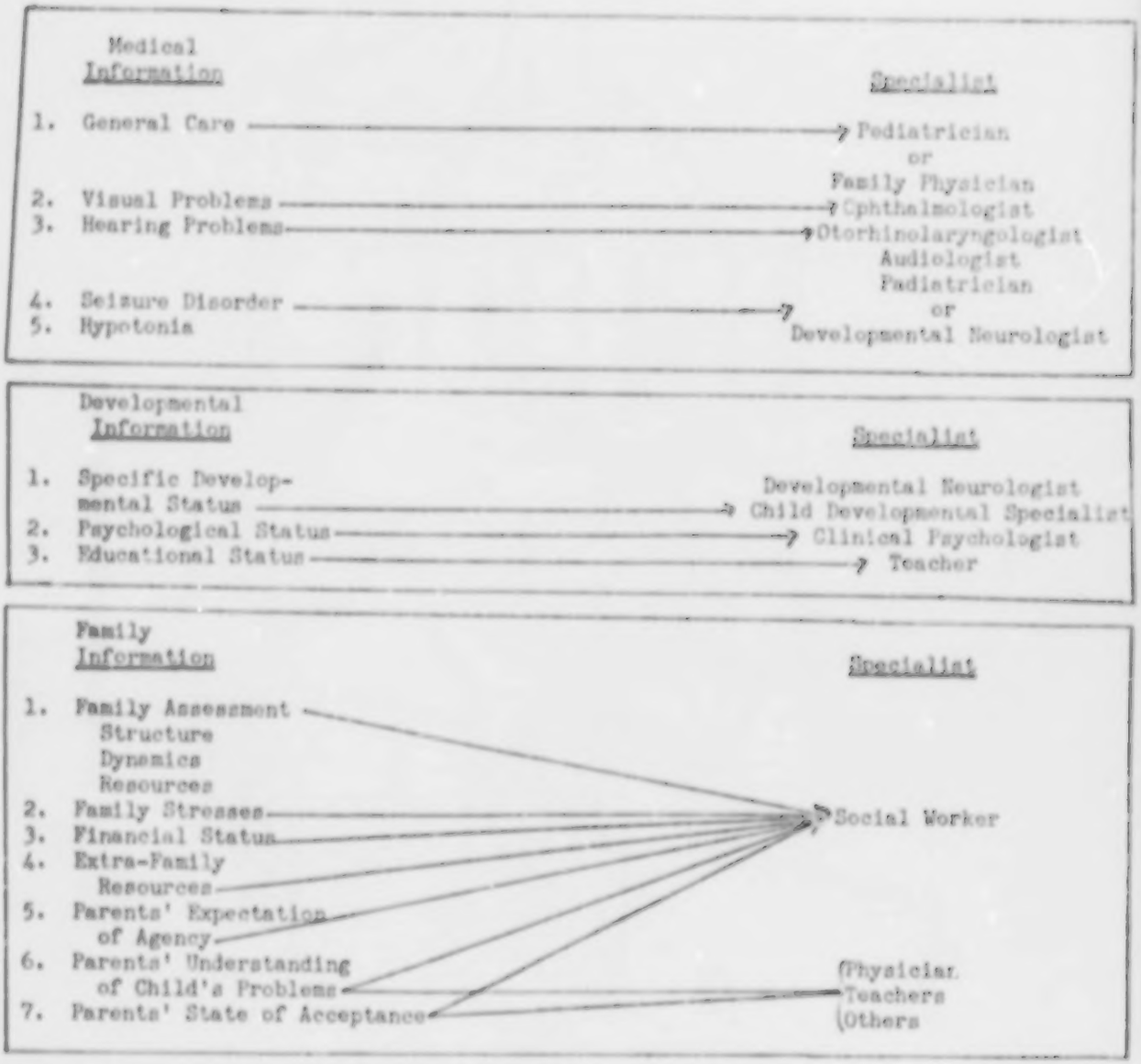
2 In terms of what socially relevant coping skills the child needs to and is able to acquire.

3 In terms of the skills and learning history with which the child enters the task and the learning facilitation potential of available resources.

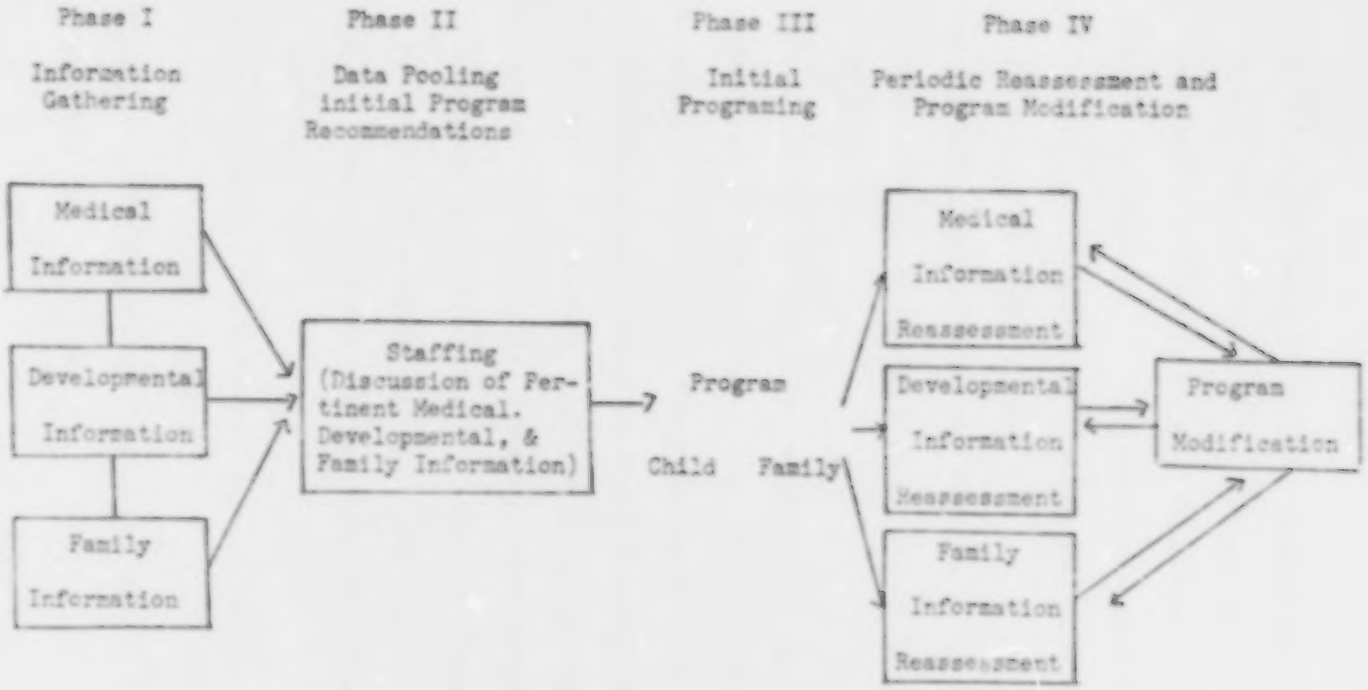
4 In terms of the individual treatment goals prescribed and the predicted effect of manipuling selected environmental variables.

5 In terms of improvement in the child's coping skills.

Information gathering



Ecological problem oriented model.



REFERENCES

1964 Lord, F.E., Ed., Isenberg, M., Ed. Cooperative Programs in Special Education (ED23227). National Education Association, Washington, D.C. Dept. of Rural Education.

1966 Allen, J.E., Lelchuch, L. A Comprehensive Care Program for Children with handicaps. American Journal of Disease Children. Vol. 111, 229-235.

1967 Special Education Diagnostic and Resource Center Project. ESEA Title III Evaluation Report. Report No.: P-66-1090 ED024171.

1969 Caldwell, B.S. The School Psychologist in a Non-School Setting. J. Sch. Psychol., 7, 4, 38-40, 68-69.

1969 Clemmens, R.L., Davis, J. Complimentary Roles of the Pediatrician and Educator in School Planning for Handicapped Children. J. Learning Disabilities, 2, 10, 524-32.

1969 Gallagher, J.J. Vocational Education, Special Education and Vocational Rehabilitation: A Marriage of Professionals Needed for Handicapped Children. ED028580.

1970 Deno, E. Special education as developmental. Exceptional Children, 37,3.

1971 Lewis, C. What is the Evidence? American Journal of Disease Children. Vol. 122, 469-475.

1971 Mitchell, M.M. Occupational Therapy and Special Education Children, 18, 5, 183-186.

1972 Bateman, B., Frankel, H. Special Education and the Pediatrician. Journal of Learning Disabilities, 5, 4, 178-86.

1972 Guggenheim, F. Using an Educational Clinic in Teacher Training. Journal of Learning Disabilities, 5, 7, 423-6.

1972 Melcher, J.W. Some Questions from a School Administrator Exceptional Children, 38, 7, 547-51.

1972 Nardin, F., Garside, D. Journal Relationships in Special Education. Exceptional Children, 38, 9, 695-703.

1972 Perrin, J.C.S. Evaluation of a Ten-Year Experience in a Comprehensive Care Program for Handicapped Children. Pediatrics, 50, 5, 793-800.

1972 Smith, M., Harvey, A., Ed. Feeding the Handicapped Child ED073595. Tennessee Univ., Memphis. Child Development Center.

1973 Anderson, F.V. (Annual Reports to the Council on Outdoor Education and Camping (ED081566).

1973 Hainsworth, G. Early Recognition and Intervention: Programs for Children with Special Needs ED081143.

1973 Nazzaro, J. Mental Retardation in the Soviet Education. Education and Training of the Mentally Retarded, 8, 3, 166-71.

1973 A Plan for Educational Consultant Services for Preschool Handicapped Children. Final Report. Allegheny County Schools, Pittsburgh, Pa. Exceptional Children's Program (ED101[illegible]).

1974 Crain, J. Early Childhood Education for Diversely Handicapped Pain. Illinois State Office of the Superintendent of Public Instruction, Springfield. Dept. for Exceptional Children ED109674.

1974 Jepsen, A., Retish, P.M. Cross-Disciplinary Approach to Teaching Career Guidance. Exceptional Children, 40, 7, 514-6.

1974 Procedures for Implementing Chapter 89, Laws of 1973 in the Merrill Area Public Schools ED116341. Merrill Area Public Schools, Wis.

1974 Soniaris, J.C. The Whole Child. Exceptional Parent, 4, 6, 43-5.

1975 Andrews, R.J. Multi-Disciplinary Models in Special Education? Slow Learning Child, 22, 1, 45-67.

1975 Brewer, D., Kakalik, J.S. Serving Handicapped Children: The Road Ahead. Child Welfare, 54, 4, 257-267.

1975 Cawley, J.F. Special Education Placement: Issues and Alternatives. A decision Systems Module ED121020

1975 Lambie, R. How Sweden Trains Handicapped Children. Journal of Home Economics, 67, 5, 13-8.

1975 Murphy, L.B. Vulnerability and Learning. Childhood Education, 51, 3, 132-138.

1975 Short, F.X. Team Teaching for Developmentally Disabled Children. Journal of Physical Education and Recreation, 46, 8, 45-6.

1975 Smiley, C.J. Replication of an Inter-Disciplinary Approach to Early Education of Handicapped Children 0-3 Years. ED116416

1976 Carroll, J.L. Pre-School Screening: Role of the School Psychologist. Paper presented at the Annual International Convention. The Council for Exceptional Children (54th, Chicago, Illinois, April 4-9), ED 122487.

1976 McCormack, J.E. jr. Educational Evaluation and Planning Package, Volume 1. ED119414. Massachusetts Center for Program Development and Evaluation, Medford.

1976 Spadafore, G.J. Cognitive Dissonance Paradigm. A Technique to Improve the Effectiveness of the TEA, Approach ED144263 Presented at the Convention of the National Association of School Psychologists.

1976 Meyer Children's Rehabilitation Institute: Annual Report 1975-76. Nebraska Univ. Medical Center Omaha. Meyer Children's. Rehabilitation Inst. ED137993.

1977 Boker-Pfeiffer, D. and others. Partnership with Parents. Illinois State Univ., Normal.: Peoria School District 150,111. (ED148101).

1977 Casey, E.R. Developing and Implementing a Vocational Education Awareness Program for Handicapped Students in the the Cherokee High School. ED141998.

1977 FitzSimons, R.M. Fostering Productive Interdisciplinary Staff Conferences. Academic Therapy, 12, 3, 281-7.

1977 Morreau, Lanny. Guidelines for the Development of an Effective Diagnostic System. ED149497. Illinois State Univ., Normal Peoria School District 150,.Ill.

1977 Pokorni, J. Comprehensive Developmental Team Guide. Maryland Univ., College Park. Head Start Regional Resource and Training Center (ED145617)

1977 Pokorni, J. CDT - The Comprehensive Development Teams: Meeting the Needs of Mainstreamed Handicapped Young Children. Paper presented at the Annual International Convention, The Council for Exceptional Children (55th, Atlanta, Georgia, April, 11-15) ED139158.

1977 Rafael, B. Enlarging the Circle. The Parent-Infant Program at United Cerebral Palsy. Teaching Exceptional Children, 9, 3, 64-6.

1977 Thomas, D., Marshall, M.J. Clinical Evaluation and Coordination of Services: An Ecological Model. Exceptional Children, 44, 1, 16-22.

1977 Weisenstein, G.R. Vocational Education's Contribution in the Career Development of Retarded Individuals. Education and Training of the Mentally Retarded, 12, 2, 158-60.

Services offerts aux

handicapés et à leurs familles

I - Les services aux handicapés

1. Le transport

Les lois régissant le transport des handicapés sont établies par chaque état et peuvent donc de ce fait varier légèrement d'un état à l'autre. Mais règle générale: un service de transport spécial est fourni à tout enfant dont le handicap empêche l'utilisation des services réguliers.

Les moyens utilisés afin de rendre ce service sont laissés à la discrétion des districts scolaires. Ceux-ci peuvent décider de l'achat de véhicules ou de la location des services de compagnies privées. La méthode la plus commune est l'emploi de véhicules appartenant au district. Cette méthode a comme principal avantage de permettre un meilleur contrôle sur l'état des véhicules en service, sur l'installation d'équipement sécuritaire et sur les qualifications du personnel engagé. Cette méthode s'avère à la longue moins onéreuse que son alternative, ce qui a pour effet de la rendre encore plus populaire.

Les prescriptions de la loi en matière de matériel sécuritaire obligatoire sont assez limitées. Les recommandations viennent plutôt de la part des compagnies d'assurance avec lesquelles les districts scolaires font affaire.

Ces recommandations concernent principalement:

- la présence de ceintures de sécurité

- la présence de blocages permettant la fixation des fauteuils roulants au plancher du véhicule;
- la présence d'un levier hydraulique ou d'une rampe, permettant le chargement facile des fauteuils roulants.

Les compagnies peuvent suggérer que le conducteur suive un entraînement spécial qui le familiarise aux problèmes et aux situations d'urgence auxquels il aura peut-être à faire face.

L'emploi d'un aide-conducteur peut également être recommandé dans le cas où la population desservie demande une surveillance constante.

L'organisation de l'itinéraire de leurs véhicules occasionnent aux chefs de districts une multitude de problèmes. Plusieurs facteurs doivent être tenus en considération:

- le temps de transport pour chaque enfant doit être le plus court possible;
- l'heure à laquelle l'enfant est ramassé le matin doit être telle, qu'il ne soit pas en retard à la classe; qu'il n'aie pas trop à attendre avant le début de la classe; qu'il n'aie pas à se lever à des heures indues;
- l'heure à laquelle l'enfant est ramassé l'après-midi doit être telle qu'il n'aie pas

à manquer du temps de classe; qu'il n'aie pas à attendre trop longtemps après la fin de la classe; qu'il n'arrive pas chez lui à des heures indues;

- etc.

Devant ces problèmes, le district doit souvent faire appel à des spécialistes ou faire usage d'ordinateurs pour établir leurs itinéraires, ce qui affecte fortement leur budget.

Le transport des handicapés s'avérant particulièrement onéreux, certains ont envisagés des solutions de rechange.

La solution pour plusieurs est de transporter les enfants légèrement handicapés et les enfants souffrant de limitations d'apprentissage, ensemble, avec les enfants réguliers. Pour ces enfants handicapés qui dans le passé se sont vu isolés ou ignorés, l'expérience est particulièrement enrichissante.

Pour d'autres, l'utilisation de véhicules privés (auto-taxis, autos de particulier) apparaît comme la solution à leur problème.

Bien qu'efficace dans le cas où la population à desservir est assez limitée, ces solutions s'avèrent impossibles à appliquer dans les districts où le nombre d'enfants handicapés est particulièrement élevé.

Pour résoudre ce problème, certaines écoles ont

inscrit à leur programme un entraînement aux voyages, supervisé (Travel Training). Les enfants susceptibles de bénéficier de cet entraînement sont choisis dès le début de l'année scolaire par le directeur du programme et par le directeur de l'école, en consultation avec les professeurs. Les critères de sélection incluent: l'âge chronologique de l'enfant, son degré de maturité sociale, émotionnelle, cognitive, la compréhension et la coopération des parents, et le désir exprimé par l'enfant de participer à ce programme. La distance à être parcourue et l'accessibilité aux transports publics sont également considérés.

Au début, l'entraîneur rencontre l'enfant à sa sortie de l'école et le raccompagne à la maison en utilisant les transports publics. L'enfant est amené petit à petit à assumer les responsabilités de la tâche et les décisions à prendre.

Par la suite, le trajet est inversé et des parcours maison-école sont établis. Des trajets additionnels dans le voisinage peuvent ensuite être planifiés si le désir en est exprimé.

Tout au long de l'entraînement, l'entraîneur insiste sur le fait que l'enfant aie toujours en sa possession des pièces d'identification. Il s'assure également que l'enfant se rappelle le nom de son autobus (ou train) et qu'il sait

exactement où descendre. L'entraîneur s'assure également que l'enfant est capable de demander des directives et qu'il les comprend. Les dangers réels liés à l'utilisation des transports publics (tel assaut, vol...) souvent exagérés par l'enfant sont ramenés à leur juste proportion.

En plus de réduire à long terme les dépenses encourues par le service de transport aux handicapés, l'entraînement au voyage est une expérience éducationnelle des plus enrichissantes. Elle permet à l'enfant d'explorer son voisinage et sa communauté sans requérir l'aide d'un adulte. Sa mobilité lui permet d'avoir accès à nombre de facilités et d'activités lesquelles lui procurent la possibilité de contacts sociaux. Mais plus important, l'enfant acquière une indéperdance, chose dont malheureusement il est trop souvent privée. Si ce n'est que pour cette raison, l'entraînement au voyage est l'une des meilleures solutions envisagées au problème du transport des handicapés.

2. Les loisirs

2.1 Les terrains de jeux

Les expériences d'apprentissage ne sont pas limitées à la salle de cours. Les espaces extérieurs donnent à l'enfant l'opportunité d'apprendre par la découverte. Les éducateurs modernes et les dessinateurs de terrains de jeux reconnaissent ce fait. Le jeu est une expérience d'apprentissage et contribue au développement physique, mental, social et émotionnel.

Par le jeu, l'enfant prend conscience de ses capacités, de ses limites et du monde qui l'entoure. Mais le jeu est volontaire et spontané. Les espaces récréatifs se doivent donc d'être attrayants. Plus encore, ils doivent permettre l'exploration et le jeu créatif. Le terrain de jeux traditionnel ne répond pas à ces besoins. Trop rigide et trop statique, il n'offre que des possibilités limitées. Par contre, les terrains pour aventures (Adventure Playground) répondent à ces besoins. Mais bien que parfaitement développés dans les livres de "théories du jeu" ou de "Planification des terrains de jeu", les terrains d'aventures sont dans la réalité presque inexistants.

Exemples concrets

Un terrain de jeux pour aventures fonctionne à Londres, depuis 1970. Un groupe de chercheurs composé de gens s'intéressant soit en experts soit en profanes à la médecine, à l'hygiène sociale, à l'éducation et à la puériculture ont décidé de mettre ce terrain à la disposition de jeunes handicapés.

Le terrain a été spécialement conçu et aménagé pour la récréation et la rééducation sensori-motrice d'enfants présentant des déficiences mentales ou physiques ou des troubles émotifs. Ces déficiences sont de toutes sortes: déficiences de la vue, de l'ouie; troubles de la perception; divers degrés de débilité mentale; troubles émotifs ou du comportement; autisme; et une multitude d'handicaps physiques d'origines

diverses.

Le site choisi fait partie d'un grand jardin où l'on trouve de vieux arbres, des pelouses, des roses et des oiseaux. Les enfants peuvent explorer les lieux et apprendre à mieux connaître la nature. Le terrain de jeu et le bâtiment ont été conçus de manière à les inciter à exercer tout leur corps et à leur permettre de jouer sans avoir à demander l'aide d'un adulte.

L'âge des usagers va de 5 à 15 ans. Les enfants viennent des quatre coins de Londres en période scolaire. Pendant les vacances, divers clubs et groupements utilisent le terrain et des enfants y sont aussi amenés par leurs frères et soeurs ou par toute la famille.

Aux Etats-Unis, le NCRC (National Child Research Center) et le NCC (National Children Center) de Washington ont tous deux demandé la création de terrains de jeux pour aventures. Les populations d'enfants visées sont toutefois différentes. En effet, la future clientèle du NCRC sera composée d'enfants normaux alors que celle du NCC sera composé d'enfants aux handicaps multiples: déficience de la vue et de l'ouie; déficience mentale; trouble émotif; et une multitude d'handicaps physiques variés.

Le but recherché par le NCC est de fournir à l'enfant

handicapé des expériences pouvant compenser celles auxquelles il ne peut se livrer. Le terrain sera ainsi aménagé afin de fournir des expériences tactiles à l'aveugle, des expériences visuelles au sourd et des expériences tranquilisantes à l'hyperactif. Un équipement spécial permettra une plus grande mobilité à l'enfant confiné à un fauteuil roulant. Les enfants pourront s'amuser en toute sécurité sous la surveillance (discrète) de gens qualifiés et pourront pour quelques heures, oublier les réalités de l'hôpital.

2.2 Les Sercices de Récréation

Le besoin de se récréer est un besoin ressenti par tous. Les gens souffrant de limitations physiques ou mentales n'y échappent pas. Leurs besoins et leurs désirs sont les mêmes que ceux des gens normaux.

Participer à des activités récréatives leur procure joie et plaisir, les aide à s'assurer une certaine indépendance et leur fournit des expériences enrichissantes.

Les agences qui offrent des services récréatifs aux enfants et aux adolescents ont très souvent des programmes pour les enfants handicapés. Parmi ces agences, nous retrouvons:

Département de la Récréation Publique

Les agences qui relèvent du département de la récréation publique sont parmi celles qui offrent le plus de facilités et qui possèdent le plus d'équipement. Elles sont également

les plus susceptibles d'offrir des programmes pour les handicapés.

Les activités offertes sont les activités généralement pratiquées dans les gymnases, terrains de balle, terrains de jeux, et piscines. A l'occasion, certaines activités spéciales telles: excursions, pique-niques, rencontres sociales sont également offertes.

Les centres communautaires

Les centres communautaires (tel le YMCA et le YWCA) sont régis et payés par des organisations privées. Ils offrent en général les mêmes services que le département de la récréation publique mais à une plus petite échelle. Ils sont également susceptibles d'offrir certains programmes pour les handicapés.

Les organisation commerciales

Les organisation commerciales telles les cinémas, studios de danse, allées de bowling n'offrent pas de programmes aux handicapés mais plusieurs les reçoivent à prix réduit. Certaines vont à l'occasion réserver des périodes de leur temps afin d'accomoder certains groupes d'handicapés.

Les Eglises et Synagogues

Les activités offertes par les églises et synagogues sont à caractère sportif ou social. Les handicapés sont invités à y participer dans la mesure de leur possibilité Aucun

programme n'est offert spécifiquement aux handicapés.

Quelques églises opèrent des camps de vacances et parmi ces camps, certains acceptent les enfants handicapés.

Les bibliothèques

Plusieurs bibliothèques disposent de matériel spécial pour les enfants dont le handicap nuit à leur habileté à lire. Les bibliothèques offrent entre autres des livres édités en gros caractères ou en braille et des livres enregistrés sur bandes sonores. Certaines bibliothèques offrent un service spécial de courrier permettant l'envoi de livres à des enfants qui sont dans l'incapacité de se déplacer. Des services additionnels sont quelquefois disponibles: heures de lecture d'histoire, classe d'amélioration de la lecture, etc.

Musés

Les services offerts par les musés aux handicapés sont assez réduits en particulier si ces derniers ne font pas partie d'un groupe. Pour les groupes, des visites spéciales, des séances de films ou de diapositives et des conférences peuvent être organisés. Des exibitions tactiles sont organisés pour les aveugles et des inscriptions en braille leur permettent de profiter pleinement de leur visite.

Pour l'handicapé qui se présente seul, les services offerts se limitent souvent à l'usage d'un guide et à la permission de toucher les exibits.

Les Agences de Jeunesse

Sont regroupées sous ce titres les associations de Scout (garçons et filles) le Boy's Club, le Camp Fire Girls et les Clubs 4-H.

Ces agences offrent des activités similaires à celles offertes par le département de la récréation publique et par les centres communautaires.

La politique de ces agences est de placer le plus possible l'enfant handicapé avec des groupes d'enfants normaux. Leur but est d'offrir aux enfants handicapés l'opportunité de se sentir comme les autres. Pour cette raison les attentes que l'on a de l'enfant handicapé sont dans la mesure du possible les mêmes que celles que l'on a de l'enfant normal. Une emphase toute spéciale est mise sur le travail et le jeu réalisé "ensemble".

Les Agences de Santé

Entrent dans cette catégorie les associations de l'ordre de: Association for Retarded Children, United Cerebral Palsy, Easter Seal Society, etc.. Plusieurs de ces organisations offrent des programmes spécialement conçus pour les handicapés. Les activités offertes par ces programmes sont des activités de sport individuel ou d'équipe, de conditionnement physique, artistiques et artisanales.

Lorsqu'elles ne sont pas directement impliquées, ces

organisations coopèrent avec des agences de récréation locales qui offrent des programmes pour les handicapés.

Les Clubs de Service

Bien qu'il n'offrent pas directement de programmes pour les handicapés, ces Clubs (Kiwanis, Rotary, Lions, etc.) prêtent leurs facilités aux organisation qui le font. Ces clubs en plus d'offrir une contribution financière fournissent à l'occasion des volontaires. Ces clubs commanditent également certains camps d'été.

Les Ecoles Publiques et privées

Les lois de certains état américains demandent aux écoles d'offrir après les heures de classe régulière, des services aux handicapés. Les services offerts varient légèrement selon l'école, le district ou l'état mais règle générale les services offerts s'inscrivent dans des programmes de conditionnement physique ou d'activités sportives.

Les Parcs nationaux

Afin de rendre les parcs nationaux accessibles à tous et à chacun, le Département des Parcs américains a émis une liste de recommandations stipulant les principales modifications à apporter aux parcs existants afin d'en augmenter l'accessibilité. Depuis, plusieurs parcs ont été aménagés afin de recevoir les personnes souffrant de déficience de la vue ou de l'ouie; les personnes confinées à un fauteuil roulant;

les personnes souffrant de troubles cardiaques et les personnes souffrant d'autres types de problèmes. Le département des parcs a émis un guide dans lequel sont inscrites les accomodations offertes par les différents parcs, de sorte que la personne sait à quoi elle doit s'attendre quand elle arrive sur les lieux.

Bien que la majorité des agences de type récréatif proclame servir les handicapés, les faits eux tendent à prouver le contraire. Les services ne profitent principalement qu'à un seul groupe d'handicapés soit les personnes souffrant de retard mental. Situés dans des sous-sol ou dans des deuxième étage, les agences sont souvent d'accès impossible à l'individu en fauteuil roulant. L'accès aux camps de vacances leur est également souvent refusé de même qu'aux sourds et aux aveugles, les conditions d'admission à la plupart des camps étant la mobilité, la vue et l'ouie.

3. La défense de leurs droits: le parent substitut

Placer un enfant dans une institution et plus particulièrement un enfant handicapé est une action dont les effets sur la vie future de l'enfant risquent d'être particulièrement marqués.

Jadis la décision relevait des professionnels et des parents étaient exclus de cette prise de décision. De nos

jours les lois ont changé et la responsabilité incombe maintenant aux parents. Dans le cas où l'enfant handicapé n'a pas de parents (ceux-ci étant décédés ou en institution), la cour lui assigne un parent substitut. Le rôle de ce dernier est de veiller à la sauvegarde des droits de l'enfant dans la décision dont dépendra sa vie future.

II - Service à la famille des handicapés

1. Les garderies

Les parents d'enfants handicapés ne bénéficient pas de services de garderie spéciaux. Ils doivent compter sur les services de garderie réguliers et sur l'acceptation par ceux-ci d'un enfant handicapé, ou sur les services de garderie de type mixte (enfants normaux et enfants handicapés) où ils seront assurés que les besoins spéciaux de leurs enfants seront rencontrés. Ce dernier type de garderie n'est pas encore très répandu et représente souvent le travail de plusieurs parents qui reconnaissant leurs besoins communs, ont mis en marche un tel service dans leur communauté. Tel est le cas de la garderie de la petite ville de Casper en Californie. Situé dans une église, le Casper Day Center reçoit quotidiennement 91 enfants, dont 1 sur cinq présente un handicap physique ou mental. Le programme du centre vise le développement social, émotionnel, perceptuel et sensorimoteur de l'enfant. Les activités sont à l'exception de sessions de thérapie du langage et d'attentions spéciales à l'heure des repas, réservées aux handicapés, les

mêmes pour tous les enfants. Ce centre espère ainsi faciliter les échanges entre enfants handicapés et normaux. Jusqu'ici personne n'a eu à se plaindre de la présence conjointe d'enfants handicapés et d'enfants normaux et tous les parents se déclarent satisfaits.

2. Les Lekoteks

Le terme "lekotek" vient des mots "leksaker" (jouet) et "bibliotek" (bibliothèque). Mais une lekotek est bien plus qu'un simple service de prêts de jouets. Une lekotek est avant tout un service de consultation pour les parents combiné à un service de prêt de matériel éducatif.

La première lekotek est apparue en Suisse en 1963 sous la tutelle de 29 parents d'enfants handicapés et supportée par les associations de scouts et de Guides Suisses. Depuis, les lekoteks se sont multipliés et on en retrouve maintenant en Norvège, Finlande, au Danemark, en Angleterre, en Amérique et en Australie.

La philosophie à la base des lekoteks est que le jeu constitue une forme de développement. Le développement des habiletés de jeu apparaît donc comme un outil de développement général, des plus précieux. Or, pour que le jeu soit le plus profitable possible, il importe que le jouet choisi soit bien adapté au niveau de développement de l'enfant. Malheureusement l'ignorance des principaux principes de développement de

l'enfant et/ou le prix trop élevé des jouets éducatifs appropriés rendent cette dernière condition parfois très difficile à remplir. Avec les lekoteks le problème ne se pose plus.

Les kekoteks permettent l'emprunt de jouets parfaitement approprié au niveau de développement et de fonctionnement de l'enfant. Le jouet choisi est apporté à la maison pour tant et aussi longtemps qu'il remplit son rôle. Lorsqu'il ne semble plus favoriser le développement de l'enfant, le jouet est rapporté et échangé pour un autre jouet plus approprié. A chaque échange de jouets, les parents et les membres de la lekotek discutent de l'utilisation qui a été faite du jouet, des progrès de l'enfant et de l'amusement que lui a procuré le jouet, etc.. Avant chaque nouvel emprunt, les membres de la lekotek évaluent les besoins actuels de l'enfant et indiquent aux parents les multiples façons d'utiliser le jouet choisi afin de le rendre le plus profitable possible.

Ainsi, petit à petit l'enfant développe des habitudes de jeu dont le niveau de difficulté grandit progressivement. Les habitudes développées concernent les habiletés à identifier, à discriminer, à associer, à généraliser les impressions de formes, couleurs, structures, poids, goûts, odeurs, sons, etc.. Les exercices sont arrangés de façon à impliquer à la fois les fonctions motrices grossières et fines. La créativité individuelle est toujours encouragée.

La kekotek fournit également aux parents des pamphlets et articles portant sur le jeu et le développement de l'enfant afin de faciliter la compréhension du programme d'éducation en cours. De nombreuses conférences portant sur la signification du jeu et sur l'utilisation de jouets comme outils d'éducation sont également organisées.

Enfin tout est organisé afin d'équiper le mieux possible le parent pour son rôle d'éducateur.

3. Le SEIMC (Special Education Instructional Materials Center)

Tout comme les kekoteks, le SEIMC est avant tout un "Centre ressource" pour parents d'enfants handicapés.

le SEIMC attribue une importance toute particulière à son rôle "d'informateur". Conférences, rencontre de discussion, "Tracs", tout est utilisé afin de fournir aux parents la meilleure information possible sur les différents services offerts aux handicapés et sur les plus récents développements en ce qui a trait aux programmes d'éducation spécialisée.

Le SEIMC peut aussi servir d'intermédiaire et prendre contact pour la famille avec un service de professionnels, ou peut faire les démarches nécessaires afin de trouver un placement pré-scolaire à l'enfant.

Reconnaissant l'importance du parent dans l'éducation de l'enfant, le SEIMC organise des ateliers de formation au cours desquels les parents sont initiés et entraînés à

l'utilisation du matériel éducationnel. Des rencontres ultérieures permettent aux parents de discuter de problèmes encourus et d'y chercher des solutions.

Le SEIMC veut ainsi amener le parent à prendre une part de plus en plus active dans l'éducation de son enfant et par le fait même à assurer une meilleure compréhension par le parent des problèmes de l'enfant.

4. Le NLRCP (National Learning Resource Center of Pensylvania)

Le NLRCP est un service d'information aux parents d'enfants handicapés. Ayant fait l'inventaire des agences, groupes, clubs et associations touchant de près ou de loin aux handicapés, le NLRCP est en mesure d'indiquer à une famille dans le besoin, l'organisme le plus apte à lui venir en aide.

Les organisations inventoriées sont de natures multiples et offrent selon le cas:

- des services à tous les handicapés;
- des services à des groupes spécifiques d'handicapés (retard mental, difficulté d'apprentissage, trouble émotif, déficience de la vue, déficience de l'ouie, incapacité physique, condition médicale);
- une assistance financière;
- une assistance juridique visant à la sauvegarde des droits des handicapés.

Le territoire desservi par les organisations inventoriées étant limité à l'état de Pennsylvanie, le NLRCR ne peut donc accomoder que les familles résidant dans les limites de cet état, coupant de ce fait sa clientèle possible.

5. Les programmes pour parents

Plusieurs parents ressentent le besoin d'être assisté pour évaluer et comprendre leurs réactions et celles de leurs familles face aux problèmes qu'engendrent l'ajustement à un enfant handicapé.

Pour cette raison, nombreuses (78%) sont les agences et écoles ayant un programme pour enfants exceptionnels qui offrent également un programme pour parents.

Tels qu'ils sont présentement développés, les programmes aux parents servent trois fonctions principales:

- apporter un support émotionnel;
- fournir de l'information;
- développer des habiletés d'éducateur chez les parents.

Support émotionnel

Apprendre qu'il est le parent d'un enfant handicapé amène chez la plupart des gens, des sentiments ambivalents et partagés, tant vis-à-vis soi-même que vis-à-vis l'enfant. En exprimant leurs sentiments, les parents peuvent venir à mieux

les comprendre et à les accepter. Dans un programme pour parents, ceux-ci sont fortement invités à discuter ouvertement de leurs sentiments soit lors de séances de counseling privées ou encore lors de séances de groupe. Les rencontres de groupe semblent jusqu'à présent les plus profitables. Ces rencontres permettent aux parents de constater que d'autres familles partagent les mêmes problèmes et cette constatation leur apporte une certaine réassurance morale. Par le groupe, les parents apprennent à mieux interagir avec leur enfant et à faire face aux problèmes de tous les jours. Lors d'ateliers de travail, des problèmes spécifiques sont discutés et des solutions sont ensuite mises en pratique et les résultats obtenus sont discutés lors d'ateliers ultérieurs.

Les avantages du counseling de groupe sont certainement nombreux mais son principal demeure de sortir les familles des handicapés de la profonde isolation dans laquelle elles sont malheureusement trop souvent plongées.

Information

Nombreux sont les parents qui n'ont pas la moindre idée du développement normal de l'enfant. Peine leur est due d'évaluer le développement de leur enfant.

La première tâche du service d'information des programmes aux adultes est donc de les renseigner sur la croissance et le développement normal de l'enfant. Le parent est

alors plus en mesure de juger du niveau de développement de son enfant et de comprendre le programme éducationnel auquel il est inscrit.

Il incombe également aux programmes aux parents de les renseigner sur les plus récents développements en matière d'éducation spécialisée et sur les différents services offerts aux handicapés.

Pour les parents qui désirent une information plus complète, certaines agences mettent à leur disposition une bibliothèque où ils trouveront livres, articles et films capables de répondre à la plupart de leurs questions.

Développement d'habiletés d'éducateur

L'importance du rôle joué par le parent dans le programme éducationnel de son enfant est dans les programmes aux parents fortement mises de l'avant. En fait, on espère arriver à étendre les activités éducationnelles de l'école à la maison. Pour ce faire, le parent doit être particulièrement bien entraîné de sorte que les sessions à la maison ne nuisent pas au travail accompli à l'école.

L'entraînement du parent peut se faire à l'école (ou agence) ou encore à la maison. Dans les deux cas, le parent ne servira d'abord qu'à titre d'observateur. Par la suite, le parent pourra sous la supervision d'un professionnel être impliqué de plus en plus dans le processus éducationnel. Le parent

qui a démontré qu'il était prêt à "prendre les rennes" n'est toutefois pas abandonné à son sort. Le parent est toujours en mesure de consulter les professionnels de l'école s'il en ressent le besoin. L'école assigne généralement un professionnel qui aura pour tâche de visiter une fois la semaine le parent et son enfant, d'observer le travail accompli par ces derniers et de discuter avec le parent des problèmes et des progrès de l'enfant.

Bien qu'il semble que tout ait été pensé afin d'aider le parent de la meilleure méthode possible, une enquête réalisée auprès des parents impliqués dans des programmes aux parents indiquent que ces derniers ont des sentiments partagés à propos de l'efficacité des programmes.

Les programmes aux parents semblent donc nécessiter une révision de leurs politiques et un réajustement de leurs services. Une évaluation minutieuse des besoins des parents serait à suggérer car le mécontentement rencontré semble dû à un écart existant entre les besoins réels des parents et les besoins des parents tel que définis par les organisateurs des programmes. Cette dernière hypothèse est basée sur le fait que plusieurs parents ont déploré leur manque d'implication dans la planification, la supervision des programmes, faits certainement à considérer par les organisateurs des prochains programmes.

Bibliographie

AMERICAN SCHOOL (1977). Mainstreaming Minibuses in: American School et Univ., 49, 5.

AMERICAN SCHOOL BOARD J., 164, 11. How to get ready to transport more and more handicapped children to school.

AMERICAN SCHOOL BOARD J., 164, 11. How to transport handicapped children when it seems an impossible task (1977).

AUSTIN IND. SCHOOL DISTRICT. The parent program. Office of Education (OHEW). Washington (1976).

BARNETT, M.W. (1968). Handicapped Girls and Girl Scouting: guide for leaders.

BECK, H.L. (1973). Group treatment for parents of Handicapped children.

BECKER, L.D. et al. (1976). EXC. Parent: A survey of programs, Service and needs.

BERRYMAN, D.L. et al. (1971). Enhancement of recreation service to Disabled children. Part I - Final Report. Part IV - Recreation for Disabled children: Guidelines for parents and friends.

BOY SCOUTS OF AMERICA (1971). New Brunswick, N.J. These our brothers: a guide to scouting with the handicapped.

CALIFORNIA STATE DEPT OF EDUCATION, Sacramento, California. (1974). California Master plan for special education. Casper Day Care Center.

COHEN S. & COHEN, M. (1972). SEIMC Services to Parents to Handicapped Children.

COURSEN, D. (1977). Playground facilities and equipment.

CREMINS, J.J. (1977). Legal background for the surragate parent program. The council for exceptional children.

DEVELOPING SPECIAL EDUCATION UNITS & TOYS LIBRARIES (1976). A handbook of procedures for special education resource units and toys libraries. Torrens Coll. of Advanced Education, Underdale.

HUGHES, M.C. et al. (1977). Travel training for exceptional children:public transportation is a classroom too, in: Teaching Except Children, 9, 4.

JUNGER, K.S. (1976). Lekoteket på Blockhusudden: a center for play in the medical and educational care of handicapped, sick children in: Int. J. of Early Childhood, 8, 2.

LADY ALLEN OF HURTWOOD (1971). An adventure playground for Handicapped children in London.

MARKIN, P.M. (1973). Play Scapes: two cases study.

MASSACHUSETTS STATE DEPT OF EDUCATION, Bureau of Special Education, Whitewood Stamps Inc. Summer camping for children in state schools, state hospitals and state hospital schools. Recreative objective-oriented programs.

McDOWELL, R.L. (1976). Parent Counseling: the state of Art, in: J. of Learning Disabilities, 9, 10.

NATIONAL LEARNING RESOURCE CENTER OF PENSYLVANIA (1977). Direction information for parents of handicapped children: agencies, child advocacy groups, sources of financial assistance.

NATIONAL PARK SERVICE (Dept. of Interior). National Park guide for the handicapped (1971).

TRUDEAU, E. (1973). Legal and administrative procedures relating to the transportation of exceptional children. State Federal Inf. Clearinghouse for Children, Arlington, V.A.

Les bénévoles et les services communautaires dans l'école

Introduction

Pourquoi devrions-nous implanter un programme centré sur l'individualisation de l'enseignement à l'aide de bénévoles?

La scolarisation personnalité ou enseignement individualisé, considère comme point de référence, l'élève et ses attentes; or, le programme académique et la structuration pédagogique actuelle ne sont pas des instruments centrés sur les besoins propres de l'élève. Par contre, dans une perspective de réorientation pédagogique l'élève est l'élément important et l'adaptation requise doit s'effectuer au sein du milieu où il évolue, contrairement à ce qui est préconisé par le programme actuel de scolarisation où l'emphase est mise sur le programme académique comme structure de base.

Dans l'enseignement normal, le mode d'opération actuellement en vigueur repose sur le fait que le professeur dirige l'ensemble des activités de la classe. Or, l'implantation d'un programme de bénévoles, permet au professeur de délaisser certaines activités de nature non pédagogique pour qu'il puisse jouer un plus grand rôle au niveau de la planification à long terme, afin de favoriser une meilleure individualisation de l'enseignement, en augmentant et en favorisant les intérêts et la motivation de l'étudiant.

Les programmes de bénévoles en milieu scolaire, con-

tribuent comme on le verra, de façon positive à l'apprentissage des élèves; car le professeur et les élèves bénéficient ainsi des talents et des nouvelles ressources apportées par les bénévoles, ce qui ne peut qu'enrichir les expériences de l'enfant au-delà de ce qui est actuellement disponible en classe.

A - Qu'est-ce qu'un bénévole?

Le conseil canadien du développement social (1975) a défini et étudié l'apport des bénévoles au sein des communautés (39). Selon ce rapport un bénévole est un individu qui effectue un travail sur une base volontaire. Cependant cette étude considère également comme un type de bénévolat les dons en argent. Dix bureaux de bénévoles au Québec ont participé à cette recherche, ces bureaux en février 1975 comptaient 7,420 individus. Sur ce nombre, 5565 ont oeuvrés au sein de 268 organismes Sur 564 bénévoles québécois, 165 hommes et 98 femmes font partie de la population active (47% des bénévoles). Cependant, un nombre infime de ces gens oeuvrent au sein de services d'éducation et de préceptorat, soit 2%. Ceci indique le peu de possibilités existantes pour ces individus d'oeuvrer en milieu éducationnel.

Cette étude montre également que le bénévolat est indépendant du degré de scolarisation de l'individu, et qu'un potentiel certain existe dans le milieu urbain montréalais et pourrait être utilisé par le milieu scolaire.

Les ressources communautaires peuvent jouer un rôle de premier ordre au sein de l'équipe professionnelle de l'école, si ce potentiel est utilisé adéquatement par le milieu scolaire. Les bénévoles sont des hommes et des femmes de tout âge, de toute origine sociale qui sont prêts à donner quelques heures par semaine pour travailler de façon individuelle avec un élève ou un petit groupe d'élèves, sous la supervision d'un professionnel de l'école (13, 14, 18, 22).

B - Qui sont les bénévoles oeuvrant en milieu scolaire?

Cependant, le bénévole n'est pas un professionnel, ni un professeur et son rôle n'est pas d'être responsable de l'enseignement (11, 18, 22, 24, 25). Cette tâche incombe à des gens entraînés et rémunérés. De plus, le bénévole ne doit pas être considéré comme un substitut du personnel de l'établissement scolaire et on ne doit pas s'attendre qu'un bénévole exécute les tâches qui lui sont assignées de façonaussi appropriée qu'un membre du corps professoral ou administratif (18). Le travail du bénévole doit être perçu au sein de l'école comme étant une contribution significative au bien-être des étudiants, au-delà de ce qui peut être accompli par le personnel spécialisé déjà en place (9, 18, 21, 24, 32).

Lors de l'implantation d'un programme de bénévoles, le milieu scolaire doit viser à utiliser le plus possible les ressources du milieu. Pour cela, une grande variété de personnes susceptibles d'être intéressées à oeuvrer au sein de l'école peuvent être atteintes.

Par ailleurs, le bénévole travaillant en milieu scolaire doit être un individu qualifié, soit par sa formation académique, ou soit, par son expérience de vie (11, 26, 34, 38). Cependant, certaines qualifications minimales sont requises du bénévole: a) une scolarité de niveau secondaire, b) la possibilité d'écrire lisiblement, c) la capacité de lire avec facilité, d) la capacité d'adaptation afin de travailler tant avec les enfants qu'avec les adultes, e) la maturité émotive adéquate, f) et la capacité physique d'accomplir une tâche, après une période d'entraînement (9, 11, 22, 34).

Les différentes ressources humaines les plus susceptibles d'être utilisées en milieu scolaire sont:

1 - Les femmes à la maison

Cette catégorie de bénévoles se retrouve dans toutes les études sur le bénévolat en milieu scolaire. Le recrutement direct auprès de ces femmes est un succès dans 10% des approches. Ce noyau de ressources est ainsi un élément sûr à exploiter advenant l'implantation d'un programme utilisant les ressources communautaires.

2 - Les étudiants

La littérature (12, 17, 19, 30) rapporte que certaines écoles font appel à des étudiants du niveau collégial ou universitaire pour assurer divers services. Cependant, leur disponibilité est moindre car leur horaire académique sont

parfois différents de celui de la commission scolaire. Néanmoins, les services rendus par ce groupe de bénévoles sont excellents à tous les niveaux.

3 - Les professeurs

Ce groupe comprend les professeurs à la retraite, ainsi que les étudiants de niveau universitaire se destinant à l'enseignement. La catégorie des bénévoles retraités est rarement rencontrée dans la littérature, bien que leur apport soit appréciable au niveau de la classe, ces gens étant plus autonomes. Les étudiants de niveau universitaire voient leurs services d'assistant-professeur intégrés au cadre de leur entraînement professionnel. Leur participation cependant se limite à la période d'entraînement, et seul un petit nombre continue d'oeuvrer en dehors de ce contexte (10).

4 - Les gens à la retraite

Les professeurs ayant supervisés des bénévoles de l'âge d'or (20), rapportent que ces derniers fournissent un apport humain plus grand que le seul aspect d'assistance. "Leur présence amène dans la classe un climat de chaleur humaine, de patience et d'affection, en plus de fournir aux élèves une image rassurante et positive des grand-parents, ce qui manque souvent aux jeunes élèves".

5 - Les parents d'étudiants

Dans le but de fournir aux enfants un enseigne-

ment personnalité pour les habiletés de soins personnels, académiques et psycho-moteurs, il peut être profitable d'intégrer les parents à l'apprentissage de ces champs d'habileté, et de les entraîner aux techniques de renforcement permettant ainsi d'accélérer l'apprentissage d'une habileté. Les parents peuvent, ainsi agir en tant qu'agents multiplicateurs soit au sein de l'école ou de la famille (4).

Par ailleurs, d'autres ressources peuvent également être utilisées de manière occasionnelle, telles les personnes oeuvrant dans les différentes professions ou corps de métier (8, 23).

C - Pourquoi utiliser les bénévoles?

Les principaux buts de programmes utilisant les bénévoles sont, de permettre à l'enfant de recevoir un meilleur enseignement en favorisant une approche individualisée de l'enseignement, ainsi que de promouvoir l'intérêt et la participation active des parents et de la communauté envers le milieu scolaire (4, 28).

Les structures fiscales actuelles ne permettant pas l'engagement d'un nombre suffisant de professeurs, afin de mettre sur pied des programmes individualisés (18), il a été montré en maintes occasions que l'utilisation des bénévoles issus de la communauté est une solution efficace (16).

Ainsi l'existence d'un programme axé sur l'exploi-

tation des ressources communautaires en milieu scolaire permet d'améliorer la qualité de l'enseignement en classe en fournissant une assistance au professeur (24, 13, 11, 28) et une approche plus personnelle face aux besoins de l'étudiant (13).

Pour l'enseignant, l'implantation d'un tel service le libère de plusieurs tâches non pédagogiques ce qui lui donne la possibilité d'effectuer les tâches pour lesquelles il a reçu une formation académique (31, 23, 24, 18). De plus, les bénévoles, de par leur expérience de vie diversifiée fournissent une des sources d'enrichissement la plus accessible et d'alternatives d'apprentissage existant en ce moment (29).

D - A quel niveau scolaire travaillent les bénévoles?

En 1975 une étude effectuée par le Canadian Education Association, sur l'utilisation des "teacher aides" dans les écoles canadiennes présente des statistiques intéressantes (5). Ainsi 67 commissions scolaires rapportent l'utilisation des services offerts par les bénévoles, la majorité travaillant au niveau de l'enseignement élémentaire (93%).

Par ailleurs, une étude américaine (40), effectuée en 1969, montre que 12,5% des "teacher aides" travaillaient au niveau préscolaire (maternelle) et que finalement 62,4% opéraient au niveau élémentaire. La différence principale entre ces deux études se retrouve au niveau du type de tâches exigées

par les différents systèmes scolaires concernés. Les bénévoles américains travaillaient principalement comme: assistant de laboratoire, superviseur au niveau des activités durant l'heure du dîner, technicien de l'audio-visuel, surveillant des périodes d'études. Alors que pour les bénévoles oeuvrant en milieu scolaire canadien, les tâches exécutées par ordre d'importance étaient: la préparation des relevés de notes, la correspondance avec les parents ainsi que la planification de rencontres parents-maîtres, la surveillance dans les corridors, l'administration de tests, la correction des travaux d'étudiants, le maintien de la discipline, etc... On constate donc que les bénévoles canadiens consacrent plus de temps en l'exécution de tâches relevant directement du niveau académique.

E - Que font les bénévoles en milieu scolaire?

L'intégration des bénévoles au système éducationnel s'est effectué surtout dans le but de dégager les enseignants de l'exécution de tâches de nature non pédagogiques. En effet certaines études ont révélées que l'enseignant utilise de 21% à 69% de son temps à l'exécution de tâches administratives non reliées à l'enseignement (12). D'où le professeur qui prend du temps pour effectuer de telles tâches réduit d'autant le temps requis à l'exécution de tâches nécessitant une compétence plus spécialisée tels (18):

- Diagnostiquer les besoins de l'étudiant;

- Déterminer le programme académique et de nouvelles stratégies pédagogiques;
- Sélectionner le matériel approprié aux apprentissages;
- Présenter ou enseigner le contenu d'une matière au programme académique.

Ces tâches permettent de distinguer les rôles du professeur et du bénévole en classe, car elles ne peuvent être exécutées que par un professionnel ayant une formation adéquate, et de ce fait ne peuvent être exécutées par un bénévole. Cependant une foule de tâches peuvent être effectuées par un bénévole au sein de l'école (11, 15, 18, 21, 22, 25):

- Prendre les présences en classe et tenir à jour le registre des présences et les relevés de notes;
- Corriger des tests objectifs;
- Reproduire des documents ou du matériel pédagogique;
- Opérer l'équipement audio-visuel
- Surveiller les examens;
- Découper et préparer du matériel de soutien visuel;
- Surveiller les périodes de récréation et de cafétéria;
- Coordonner les activités parascolaire, artistiques, sportives;
- Renforcer les habiletés acquises en classe;

- Aider l'étudiant à compléter la matière manquée lors d'une absence (sous supervision constante d'un enseignant).

Ainsi avec l'assistance d'un bénévole, l'enseignant a plus de temps à consacrer aux besoins de l'étudiant. Il est alors possible au professeur d'être plus efficace avec son groupe en favorisant une pédagogie plus individualisée. Le bénévole peut également aider le professeur en travaillant avec plusieurs étudiants sur les habiletés nécessitant un surplus d'apprentissage tout en utilisant le matériel prescrit par le professeur ou tout autre professionnel.

D'où l'implantation d'un service de bénévoles en milieu scolaire est à l'avantage de l'étudiant, ce dernier a la possibiilité avec un tel système de recevoir un enseignement individualisé à la fois du professeur et du bénévole (11).

Comme on le constate les avantages pour l'enseignant sont multiples: ce dernier ayant plus de temps à consacrer à des activités centrées sur les besoins des étudiants. Ainsi l'enseignant peut planifier et préparer à long terme des stratégies axées sur les problèmes d'apprentissage individuel.

F - Quel est l'impact d'un système de bénévolat?

Les milieux scolaires ayant utilisés les bénévoles comme assistants pédagogiques rapportent que les enseignants collaborent de plein gré avec les bénévoles et que ceux-ci sont plus enclins à considérer et à résoudre les problèmes des

étudiants plus rapidement. De plus la présence de deux adultes et plus dans une classe, diminue la tension et la fatigue de l'enseignant ainsi que les problèmes de discipline. La classe, à ce moment,fonctionne avec moins d'anicroches et on constate une hausse du nombre d'activités pédagogiques efficaces (3, 26).

Par ailleurs, on note un changement positif de l'attitude des élèves (16, 26, 20, 3) ainsi qu'une amélioration du rendement scolaire (26): ceci est imputable au meilleur support individualisé offert aux élèves, cela permet souvent l'atteinte d'un rendement scolaire optimal de la part de l'étudiant.

D'autre part, l'implantation d'un programme de bénévoles permet d'établir des liens entre la communauté et l'école (6). Les bénévoles peuvent donc évaluer à leur juste valeur les efforts pédagogiques, mis en oeuvre pour l'éducation de leurs enfants. L'utilisation des bénévoles permet également d'établir un réseau de communication plus ouvert entre les parents, les élèves et les professeurs. Ceci ne peut qu'amener l'établissement d'un programme académique plus dynamique et significatif, un corps professoral mieux équipé et plus libre de planifier de nouvelles ressources et approches pédagogiques, ainsi qu'une communauté plus compréhensive et sensible aux efforts et aux buts de notre système éducatif.

Il demeure néanmoins que l'ampleur des ressources communautaires utilisées en milieu scolaire et leurs efficacités est sous la dépendance directe de l'école (15).

G - L'implantation d'un système de bénévoles

Est-il possible d'améliorer l'expérience éducative des élèves au sein de l'école sans pour cela accroître démesurément les budgets? Probablement, dans certains cas, mais règle générale, la réponse est négative. Le milieu scolaire doit, à ce moment, prendre conscience des ressources disponibles dans la communauté sur une base bénévole.

Cependant, les bénévoles entraînent des dépenses budgétaires supplémentaires en matériel et approvisionnement ainsi qu'en temps de supervision. Le coût cependant, semble négligeable en comparaison des services offerts à l'école. L'école se doit d'assurer certaines facilités d'ordre matériel à ces bénévoles. Ainsi les bénévoles ont droit à un local où ils peuvent se regrouper et exécuter diverses tâches telles le découpage, le collage, la dactylographie, etc. (21).

Par ailleurs, l'établissement d'un programme de bénévoles doit s'effectuer dans un milieu permettant leur acceptation et leur intégration (24, 7). Afin de diminuer les résistances, il convient de préparer les gens en place en les sensibilisant au rôle des ressources communautaires en milieu scolaire. Le succès du programme dépend souvent de cette étape (24, 15). Pour le personnel enseignant, il est important que le système de bénévolat soit perçu comme un apport positif de par leur contribution active au processus pédagogique.

L'implantation d'un programme de bénévolat en milieu

scolaire fait appel à quatre phases distinctes: la planification, la préparation, l'implantation et l'évaluation du programme.

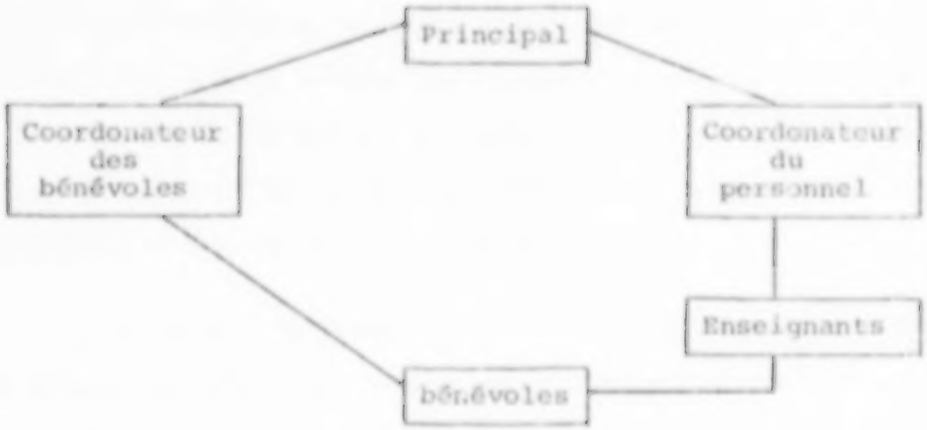
1) La phase de planfication vise à identifier les besoins du milieu académique, à suggérer le développement de programmes, à préciser les buts d'un tel programme et finalement à élaborer un protocole d'exécution.

2) La phase de préparation consiste à sensibiliser les usagers et à développer un intérêt positif face à ce programme. Au cours de cette phase, il est également important de définir les tâches des bénévoles conjointement avec le corps professoral, l'administration et le coordonateur du programme.

3) La phase d'implantation vise à établir les structures de recrutement des bénévoles, à sélectionner et à répartir les bénévoles selon les besoins. L'implantation d'un bon programme de bénévoles nécessite obligatoirement, l'entraînement et la supervision de ceux-ci.

4) La phase d'évaluation permet d'identifier les déficiences du programme et d'y apporter les mesures correctives nécessaires.

La structure organisationnelle d'une école peut ressembler au schéma ci-dessous, lorsqu'elle inclut un programme d'utilisation de bénévoles.



Par ailleurs, une telle structure pour être efficace doit voir à développer un réseau de communication à double sens, entre les enseignants, le coordonateur et les bénévoles. Ceci permet de répondre aux besoins d'assistance du corps professoral et de fournir les informations nécessaires aux bénévoles dans l'exécution de leurs tâches.

H - Pourquoi les bénévoles abandonnent-ils?

Les causes les plus fréquemment invoquées par les bénévoles lors de l'abandon d'un programme en milieu scolaire sont le manque de valorisation du milieu de travail et le manque de supervision.

Le manque de valorisation: cette cause d'abandon est due au manque d'intérêt du bénévole à oeuvrer dans une école ou une région donnée. Il est donc important de laisser le bénévole choisir son milieu de travail.

Par ailleurs, certains bénévoles délaissent les programmes car ils ne voient pas en quoi leur participation peut être essentielle pour les professeurs et pour les élèves. Ceci est parfois dû au manque de communication ainsi qu'à la dévalorisation des tâches effectuées (28).

Il arrive également que les talents, les habiletés et le temps des bénévoles soient sous-utilisés ou mal utilisés par le corps professoral et administratif.

Le manque de supervision: afin de faciliter la tâche du bénévole, il est nécessaire de lui fournir des directives et un "feedback" sur la qualité de son travail. Ceci ne peut s'effectuer que si le professeur et le bénévole utilisent adéquatement les réseaux de communication développés lors de l'implantation du programme. De plus, des encouragements mutuels et des opportunités de formation et perfectionnement par le biais de l'éducation permanente permettront au bénévole et au professeur de mieux se comprendre.

Conclusion

L'apparition du bénévole sur la scène scolaire américaine est un phénomène croissant et de plus en plus répandu. Burton (1967) rapporte que 41% des commissions scolaires, ayant plus de 6,000 étudiants, ont mis sur pied un programme de bénévoles. Les buts de ces programmes de bénévoles sont de libérer le professeur des tâches ne nécessitant pas une compétence

professionnelle (Rivers, 1966) et d'accroître les rapports communauté-école, en encourageant une plus grande participation de la communauté à l'effort éducationnel (Goldstein, 1966).

Malgré le fait que presque tous les niveaux scolaires utilisent les bénévoles, on retrouve ces derniers plus souvent aux niveaux pré-élémentaire et élémentaire. Les tâches effectuées par les bénévoles comprennent plus souvent qu'autrement des activités de non-enseignement telles: la reproduction de matériel, l'habillage des enfants, la collecte d'argent, la propreté des locaux, ainsi que les tâches cléricales de l'administration scolaire.

Cependant, très peu de programmes utilisent les bénévoles au niveau pédagogique, puisque ceci amène généralement une opposition marquée de la part du corps enseignant. En effet, quelle est la limite entre les devoirs et les responsabilités qui doivent être assignés aux bénévoles et ceux devant être exclusivement réservés à un professionnel de l'enseignement.

L'utilisation des bénévoles en milieu scolaire pourrait malgré tout être bénéfique car elle permet à l'école de garder le contact avec le milieu naturel de l'élève et de le sensibiliser aux différents problèmes sociaux. De plus les bénévoles peuvent améliorer les attitudes des élèves face à l'école et ainsi éviter la désaffection scolaire (drop out).

Pour arriver à ceci, les enseignants et l'administration doivent comprendre que les bénévoles ne les remplaceront jamais mais que le rôle de ces bénévoles est d'amener à l'école un témoignage des expériences vécues en aidant à former les citoyens de demain.

Références

ARIKADO, M. Team teaching what makes it work. Education Canada, 15, 2, 26-9 Sum 1975

BARNETT, D.C. The emergence of new concepts for teacher-education field experience. Interchange, 6, 1, 1975.

BARTLEY, Bayard. Potential Building Technique (PBT): a volunteer para-professional for a classroom. ED 122173, 1976.

BENSON, J., ROSS, L. Teaching parents to teach their children teaching exceptional children, 5, L, 30-5, Fall, 1972.

C.E.A. Notes on the use of auxiliary personnel in some canadian school systems, ED 121 794, Sept. 1975.

CARTWRIGHT, Albert. Community participation and aide program. ED 062 698, Mar 1972.

DADE COUNTY PUB. SCHOOLS. Using the services of a school volunteer, an individualized volunteer education module, ED 081 777, Jun 1971.

DRAGONAS, Phyllis, J. Differentiated Staffing in foreign languages, ED 101 540, Nov 1973.

DULIN, K.L. Training the reading resource teacher. ED 041 708, May 1970.

ENGEL, Barney. Teachers in training take a turn as aides. Education Canada, 15, 2, 22-5, Sum 1975.

FITZPATRICK, Mildred. The classroom aide. Ed 020 837, Nov 1965.

FRIEDMAN, F.P. Teacher aides their role in the schools, Educ. Canada, 9, 2, 2-9, Jun 1969.

GOLD, P. Implementing volunteer services within a school, ED 122 262, 1976.

GRAY, N. VIPS with ZIP. Momentum, 1, 1, 22-6, Feb. 1970.

GREENBLAT, S.L. The community school. Urban Educ. XI, 4, Jan. 1977.

GUITH, N.C. A doctoral study of differential staffing in California's Ece Schools. Phi Delta Kappan, 57, 1, 7, Sep. 1975.

HARTMAN, R.A. Voluntarism in the volunteer state. Phi Delta Kappan, 56, 9, 608-9, May 1975.

HAYES, [illegible].C. Ed. The volonteer, ED 094 313, 1973.

HERZIG, S. Junior High School Students as teaching rides. The Arithmetic teacher, 21, 4, 333-5, Apr. 1974.

IANNI, E. In loco grandparentis instructor, 82, 6, 174-5, Feb. 1973.

JOHNSTON, R. Paraprofessionals, Momentum, 1, 2, 33-35, Apr. 1970.

I.D.E.A. Expanding volunters in teaching and learning programs, ED 072 526, 1972.

KELSEY, F.W. Field aides help to take school outdoors science and children, 12, 3, 28, Nov-Dec. 1974.

LAING, H.B. Using parents effectively in the school. Instructor, 81, 6, 35, Feb. 1972.

LEFKOWITZ, L.J. Paraprofessionals: an administration/school board conspiracy. Phi Delta Kappan, 546-47, Apr. 1973.

LEMERT, H. Volunters as tutors of exceptional children. Psychology in the schools, 8, 2, 129-34, Apr. 1971.

Mendelson, Anna. A young man around the class young children, 27, 5, 281-3, June 1972.

METZNER, S., NEUMAN, J. The teacher auxiliary-aid or maid, an analysis with annotated bibliography, ED 015 171, 1967.

MICHIGAN STATE UNIVERSITY, EAST LANSING. MOTT INST. FOR COMMUNITY IMPROVEMENT. The use of school volunters. ED 109 443, 1973.

MILLS, Helen. A do-it-yourself kit for individualized instruction, ED 064 730, 1972.

NICKERSON, Neal C., Jr. Comments on research. NASSP Bulletin, 56, 367, 105-10, Nov. 1972.

PERRAS, Lucien G. Volunters and paraprofessionals in school programs. Education Canada, 13, 4, 16-22, December 1973.

SCHNELL, Jacqueline H., KLEIN, Lane Krasno. Development of a mathematics laboratory. The arithmetic teacher, 21, 6, 492-6.

SHALEN, Marcia. The school volunteer program. ED 010 743, 1966.

Shanker, Albert Paraprofessionals are often the best PR people teachers have. Instructor, 83, 3, 40-2, Novembre 1973.

UTTER, Robert A. School Community Service Career Apprenticeship, ED 103 348, January 1975.

WASHINGTON TECHNICAL INSTITUTE, DIVISION OF RESEARCH AND DEVELOPMENT. Volunteers in Education. Fourth region workshop. Report 1971, ED 072 023, 1971.

WORMSBECKER, John. Enter the volunteer, Part time partners in the school. Education Canada, 10, 4, 37-9, Decembc : 1970.

CARTER, N. Le bénévolat: potentiel inexploité. Conseil canadien de développement social, 1975.

N.E.A. Use of teacher aides. NEA Research bulletin, May 1969.